Guía de estudio de Psicopatología de adultos

Elena Requena Varón
Rosa Sáez Codina

XP08/80521/02586

Material docente de la UOC



Elena Requena Varón

Doctora en Psicología por la UB. Profesora consultora de Psicopatología en la Universitat Oberta de Catalunya, la universidad Ramon Llull y la Abad Oliba de Barcelona.

Rosa Sáez Codina

Profesora consultora de Psicopatología en la Universitat Oberta de Catalunya. Psicóloga clínica y forense en ejercicio privado.

Primera edición: febrero 2009

Avda. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Diseño: Manel Andreu
Realización editorial: Eureca Media, SL
ISBN: 978-84-691-8733-3
Depósito legal: B-2.259-2009



Introducción

Esta *Guía de estudio de Psicopatología de adultos* tiene como objetivo general orientar al alumno a introducirse en el campo de la psicopatología. Se trata de un material de guía y referencia que tiene que servir de puente entre el material de la asignatura y la docencia del equipo de profesores de la misma.

En la guía, además de un resumen y aclaraciones sobre los conceptos clave de la asignatura, el alumno encontrará cómo tiene que trabajar los diferentes contenidos con el fin de alcanzar las competencias de la asignatura recogidas en el plan docente de la misma. La guía junto con el trabajo docente del profesorado se configura entonces como un elemento clave en el proceso enseñanza-aprendizaje de la asignatura de *Psicopatología*.

Psicopatología de adultos es una asignatura básica del grado de Psicología perteneciente al Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Sus contenidos se fundamentan en el cuerpo de conocimientos de la psicopatología general del adulto. Consta de 6 créditos.

La Psicopatología es la disciplina científica que estudia los trastornos mentales tanto desde una vertiente descriptiva (diagnóstico, clasificación, sintomatología, etc.) como desde una vertiente explicativa (etiopatogenia, factores de vulnerabilidad, modelos y teorías, etc.).

La asignatura de *Psicopatología* está estrechamente relacionada con otras asignaturas del plan de estudios como *Evaluación psicológica de adultos, Psicología de las diferencias individuales, Técnicas de intervención y tratamiento psicológico, y Evaluación e intervención clínica en adultos*. Por otra parte, los conocimientos previos aportados por la psicología del desarrollo son de gran relevancia, ya que recogen la perspectiva de la normalidad, perspectiva que habrá que tener muy en cuenta para el abordaje de la anormalidad psicológica.

La Psicopatología es una disciplina básica que pretende aportar fundamentación científica a disciplinas aplicadas, principalmente a la Psicología clínica y a la Psiquiatría.

En este sentido, los contenidos de la asignatura se proyectan especialmente a nivel de la prevención, diagnóstico e intervención en salud mental.

Sin embargo, la comprensión del psiquismo humano es esencial en cualquier ámbito de aplicación de la psicología (escolar, comunitario, de las organizaciones...) y por lo tanto esta asignatura contribuye a la formación integral del psicólogo independientemente de cuál sea su especialización profesional posterior.

Contenidos

Bibliografía

APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Ed. Masson.

Jarne, A. y Talarn, A. (Comp.) (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer. Paidós.

Jarne, A., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo Ruiloba, J. (2008) (6.ª edición). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.

Referencias

APA (2000). *DSM-IV. Libro de casos*. Barcelona: Masson.
Freixas, J. (1997). *Psicopatologia psicoanalítica*. Barcelona: Columna.
Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya. En formato digital.
Martínez de Ubago, R. (2008). Comunicació personal.
Jarne, A. y Talarn, A. (Ed.) (2000). *Psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.
Massip, I. (1997). *Moure's entre conflictes*. Girona: Fundació Servei Gironí de Pedagogia Social.
Requena, E. (2004). *Trastorns del comportament*. Barcelona: Fundació Pere Tarrés.
Sàez, R. (2008). Comunicació personal.

Bases conceptuales de la psicopatología y sistemas de clasificación

P08/80521/02587



Índice

Introducción

Antes de estudiar los diferentes síntomas y trastornos psicopatológicos (módulos 2 y 3), es necesario que construyáis un marco conceptual respecto a qué estudia la psicopatología, en qué criterios de anormalidad se fundamenta, cuáles son las teorías vigentes, cómo están organizadas las taxonomías actuales, etc. Todo eso es lo que trata este primer módulo de la asignatura.

1. La psicopatología como ciencia: objeto de estudio, aproximación histórica, criterios de anormalidad y modelos teóricos

1.1. Objeto de estudio de la psicopatología

Antes de nada debéis tener muy claro qué es la psicopatología –y aquí es donde "comenzamos a trabajar"– dado que existen muchas definiciones de la misma, tal como podéis ver en la página 7 del módulo 1 de los *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*.

Lectura recomendada

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (módulo didáctico 1. "Bases conceptuales de la psicopatología y clasificación de los trastornos mentales"). Universitat Oberta de Catalunya.

El Diccionari Enciclopèdic de Medicina de la Enciclopèdia Catalana da una definición muy breve y que particularmente nos gusta mucho, ya que da una "gran consideración" a nuestra disciplina, la Psicología, sobre todo, teniendo en cuenta que se trata de un diccionario de medicina:

> "Rama de la psicología que estudia los trastornos mentales".

Lectura recomendada

Diccionari Enciclopèdic de Medicina (2000). Enciclopedia Catalana. Barcelona.

A pesar del "entusiasmo" que nos puede "despertar" esta definición, hemos de tener en cuenta que una buena definición debe atender muchos otros conceptos y elementos que tenéis claramente explicados en el módulo 1.

Lo primero que debéis hacer es tener claro cuál es el objeto de estudio de la Psicopatología, cuáles son las disciplinas relacionadas con ésta y qué relación tiene con la psicología Clínica y la Psiquiatría.

1.2. Aproximación histórica a la psicopatología

Toda ciencia tiene unos orígenes, una historia...; tal como habéis trabajado en el apartado anterior, ahora podéis afirmar que la psicopatología es una ciencia y, por lo tanto, entraremos a estudiar su historia, sus orígenes.

Para trabajar y estudiar este apartado tenéis como documento básico el material de la asignatura: módulo didáctico 1 "Bases conceptuales de la psicopatología y clasificación de los trastornos mentales".

En el documento os dividimos los períodos históricos de la psicopatología en los siguientes:

1) Culturas primitivas
2) Sociedad preclásicas

3) Antigüedad grecorromana
4) Edad Media
5) Renacimiento e Ilustración
6) Finales del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX
   - La primera reforma asistencial
   - Una nueva clínica

7) Finales del siglo XIX y principios del siglo XX
   - Perspectiva organicista
   - Perspectiva psicologista

8) Algunas claves de la situación actual

Y además en esta guía didáctica de la asignatura intentaremos dar unas pinceladas a la siguiente cuestión: ¿Cabe una psicopatología del siglo XXI?

1) Culturas primitivas

- **Demonología**

Se interpretaba que los enfermos mentales estaban poseídos por un ser maléfico que le controlaba el cuerpo y la mente.

Era una concepción mágica y sobrenatural de los trastornos mentales.

Los tratamientos consistían en trepanaciones, ceremonias rituales y actos chamanistas.

2) Sociedades preclásicas

Continúa la concepción demonológica, aunque algunas culturas interpretan la enfermedad mental como un castigo divino.

3) Antigüedad grecorromana

Durante la época grecorromana se fue imponiendo progresivamente la idea de que los trastornos mentales son enfermedades físicas, enfermedades del alma.

- **Grecia**

Durante la época prehipocrática se crearon templos dedicados al dios Esculapio (dios griego de la curación).

Los principales personajes griegos que se dedicaron a la medicina y a las enfermedades mentales fueron: Alcmeón de Cronota (s. VI a. C.), Empédodes (490-430 a. C.) y los discípulos de Pitágoras.

Pero el auténtico hito importante en este campo es la aparición de Hipócrates (460-377 a. C.), a quien los historiadores consideran el padre de la medicina occidental.

En esta época hemos de destacar la teoría de los humores elaborada progresivamente por Hipócrates y el resto de autores del *Corpus hippocraticum*.

- **Roma**

La aportación más importante a la medicina y más concretamente a la psicopatología desde el mundo romano viene por parte del derecho, al ser los primeros al considerar la "locura" como un atenuante en la responsabilidad de los delitos.

Este hecho tan importante fue recogido explícitamente en el *Corpus Iuris Civilis*, que era el texto legal más importante de la época.

Los principales autores romanos que se dedicaron a la medicina y a las enfermedades mentales fueron: Asclepíades (siglo I a. C.), Cicerón (106-43 a. C.), Plutarco (46-120 a. C.) y Galeno (130-200 de. C.).

Ya habéis visto cómo debéis desarrollar las diferentes etapas de la historia de la psicopatología: debéis estudiar la concepción de la enfermedad mental que se daba en cada una de ellas, los principales personajes y sus aportaciones y, finalmente, cuáles fueron las aportaciones más significativas en cada período histórico.

En las lecturas obligatorias tenéis toda la información necesaria, que podéis ampliar con las lecturas complementarias.

Las otras etapas históricas de la psicopatología que debéis trabajar son:

4) Edad Media

5) Renacimiento e Ilustración

6) Finales del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX

- La primera reforma asistencial
- Una nueva clínica

7) Finales del siglo XIX y principios del siglo XX

- Perspectiva organicista
- Perspectiva psicologista

1.3. Conceptos y criterios de anormalidad

En este apartado debéis trabajar el concepto de "normalidad" partiendo de la base de que no se ha llegado a una definición satisfactoria y unánime de anormalidad y de que, dentro de la psicopatología, hay diversidad de enfoques y cada uno defiende unos criterios específicos para definir qué es psicopatológico o anormal.

Fe de erratas

En la página 14 del *Material de la asignatura*, en el módulo "Bases conceptuales de la psicopatología", en el apartado 2.5 donde dice "Juan Luis Vives (1497-1588)" en realidad ha de decir "Juan Luis Vives (1492-1540)".

Criterios de anormalidad

- Criterios estadísticos
  - Supuesto de frecuencia
  - Supuesto de continuidad

- Criterios clínicos
- Criterios sociales o interpersonales
- Criterios subjetivos o intrapsíquicos
  - Criterio alguedónico
  - "Petición de ayuda"

- Criterios biológicos

1.4. Modelos teóricos en psicopatología

Un modelo teórico en psicopatología representa una orientación para explicar, en este caso la conducta anormal o psicopatológica, guiar la investigación sobre la misma, interpretar sus resultados, marcar pautas sobre posibles tratamientos y marcos de intervención, etc.

Como bien observaréis al trabajar este apartado en psicopatología, existen muchos modelos y todos los intentos de integración de éstos han fracasado.

A continuación tenéis un listado de los modelos que debéis trabajar:

- Modelo biológico
- Modelo psicodinámico
- Modelo humanista
- Modelo conductual
- Modelo cognitivo
- Modelo cognitivo-conductual

Cuando trabajéis un modelo, debéis tener en cuenta sus principios básicos, sus aportaciones y las principales críticas que ha recibido.

2. Sistemas actuales de clasificación de los trastornos mentales: CIE y DSM

Aquí entraréis en uno de los temas más controvertidos de la psicopatología, la necesidad o no de clasificar los trastornos mentales.

Tanto en los contenidos del módulo como en las lecturas obligatorias y complementarias veréis que a lo largo de la historia y en la actualidad hay defensores y detractores de las clasificaciones de las enfermedades mentales.

La primera pregunta que debéis trabajar es:

¿Por qué hay que clasificar en psicopatología?

A partir de aquí deberéis ir estudiando los siguientes aspectos relacionados con ella:

- Utilidad de las clasificaciones
- Clasificaciones más utilizadas en la actualidad
  - DSM-IV-TR
  - CIE-10

- Conceptos importantes
  - Clasificaciones categoriales
  - Enfoque descriptivo

- La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)
  - Cómo está organizada
  - Categorías diagnósticas principales
  - Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico

- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)
  - Repercusiones de la publicación del DSM-III
  - Criterios diagnósticos operacionales
  - Sistema multiaxial
  - Enfoque descriptivo

El DSM-IV-TR

Nota importante

En A. Jarne, E. Horta, E. Requena, y A. Talarn (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya. Hablamos del DSM-IV, ya que en el momento en el que se editó el módulo, el DSM-IV-TR todavía no estaba en el mercado.

Actualmente trabajamos con el **DSM-IV-TR**, ya que hace tiempo que está en el mercado.

El DSM-V no está previsto que se edite en Estados Unidos hasta como mínimo en el 2011, y hasta que se publique aquí pasarán como mínimo uno o dos años de la publicación del original.

La información que tenéis en el módulo sobre el DSM-IV es aplicable al DSM-IV-TR.

Otros conceptos

- Criterios de inclusión y exclusión
- Sistema politético
- Diagnóstico diferencial
- Epidemiología

Es muy importante que al realizar el diagnóstico diferencial no confundáis los ejes.

Reflexión

También es muy importante que tengáis muy clara la diferencia entre **diagnóstico multiaxial** y **diagnóstico diferencial**, y que veáis que son dos tareas completamente diferentes, aunque la segunda depende completamente de que la primera esté bien hecha, ¿sabéis por qué?

Fe de erratas

En la página 38 del material de la asignatura, en el módulo "Bases conceptuales de la psicopatología", en el recuadro del marco derecho de la página donde dice "Trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia" debe decir "Retraso mental".

Referencias bibliográficas

Butcher, J., Mineka, S., y Hooley, J. M. (2006). *Psicología Clínica*. (12.ª ed.). Madrid: Pearson.

Diccionari Enciclopèdic de Medicina. (2000). Enciclopèdia Catalana. Barcelona.

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología* (módulo didáctico 1, "Bases conceptuales de la psicopatología y clasificación de los trastornos mentales"). Universitat Oberta de Catalunya.

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología* (documento de Semiología). Universitat Oberta de Catalunya.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. (7.ª ed.). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General*. Madrid: Pirámide.

Bibliografía

Bibliografía general

Las lecturas obligatorias del módulo 1 corresponden a los textos siguientes:

APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

Jarne, A. y Talarn, A. (Comp.). (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer / Paidós.

Jarne, A., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya.

Lecturas obligatorias del apartado 1:

APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado* (introducción del DSM-IV-TR, pág. XXI-XXXIII). Barcelona: Ed. Masson.

Jarne, A. y Talarn, A. (Comp.). (2000). *Manual de Psicopatología Clínica* (cap. 1, Concepto; cap. 2, Evolución de los conceptos en psicopatología; cap. 4, Introducción de los tratamientos en psicopatología). Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer / Paidós.

Jarne, A., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología* (Módulo didáctico 1. Bases conceptuales de la psicopatología y clasificación de los trastornos mentales. Apartados: Objeto de estudio de la psicopatología, pág. 7-11; Aproximación histórica a la psicopatología, pág. 12-17; Concepto y criterios de anormalidad, pág 19-23; Modelos teóricos en psicopatología, pág. 24-27). Universitat Oberta de Catalunya.

Lecturas complementarias del apartado 1:

Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2004). *Psicopatología* (cap. 1, Comportamiento anormal en el contexto histórico; cap. 2, Aproximación integral a la psicopatología). Madrid: Thomson.

Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología* (cap. 1, Historia de la psicopatología; cap. 2, Conceptos y modelos en psicopatología). Edición revisada. Volumen 1. Madrid: Mc Graw Hill.

Hales, R. E. y Yudofsky, S. C. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica* (4.ª edición) (cap. 3, Teorías de la mente y de la psicopatología). Barcelona: Masson.

Poter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner. Fondo de cultura económica.

Saiz, M y Saiz, D. (Coord.). (1996). *Personajes para una historia de la psicología en España*. Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 2:

APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado* (apt. Uso del manual, pág. 1-13; apt. Evaluación Multiaxial, pág. 31-43). Barcelona: Masson.

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Módulo didáctico 1. Bases conceptuales de la psicopatología y clasificación de los trastornos mentales. Sistemas de clasificación en psicopatología, pág. 29-37). Universitat Oberta de Catalunya

Lecturas complementarias del apartado 2:

Jarne, A. y Talarn, A. (Comp.). (2002). *Manual de Psicopatología Clínica* (cap. 3, Sistemas de clasificación y diagnóstico en psicopatología). Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer / Paidós.

Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2004). *Psicopatología* (cap. 1, Evaluación clínica y diagnóstico). Madrid: Thomson.

Hales, R. E. y Yudofsky, S. C. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica* (cap. 4, Entrevista psiquiátrica, historia psiquiátrica y exploración psicopatológica). Barcelona: Masson.

Kaplan, H., Sadock. J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 9, Clasificación en psiquiatría y escalas de evaluación psiquiátricas). Madrid: Panamericana.

Semiología de las funciones psicológicas

P08/80521/02588



Índice

1. Introducción a la semiología

La **semiología** en psicopatología se ocupa del estudio de los signos y de los síntomas de las enfermedades mentales; por lo tanto, es fundamental para la realización de un buen diagnóstico y para la práctica clínica con el fin de determinar la situación clínica de un enfermo en un momento determinado y, consecuentemente, la evolución de su trastorno.

A lo largo de esta guía de semiología os iremos dando diferentes definiciones de los conceptos que debéis trabajar, y decimos **debéis trabajar**, puesto que con lo que os explicamos en la guía no hay suficiente, sino que para adquirir los conocimientos básicos y esenciales debéis consultar los capítulos de libros y las referencias bibliográficas obligatorias que os indicamos, al igual que las complementarias, pero que os aportan conocimientos para aprehender mejor los contenidos necesarios para un buen aprendizaje de la asignatura.

Todas las definiciones que hayan sido extraídas literalmente de un texto irán acompañadas de su referencia bibliográfica, bien indicando el autor entre paréntesis o con un subíndice de la cita.

Esta guía intenta ser muy esquemática y a la vez concisa con el fin de que podáis haceros una idea clara y concreta de los signos y síntomas principales de la psicopatología y que, por lo tanto, conforman los principales cuadros clínicos de los trastornos mentales.

En psicopatología oiréis hablar de signos, síntomas y síndromes. A continuación tenéis una serie de definiciones de estos términos:

Signo

Manifestación de una enfermedad, perceptible por el observador, que, una vez evaluada, será un factor del diagnóstico (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Manifestación objetiva de un proceso o estado patológico (Mesa Cid, 1999).

Ejemplos: temperatura elevada, taquicardia...

Síntoma

Cualquier fenómeno anormal, funcional o sensitivo, percibido por el enfermo, indicativo de enfermedad (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Tiene un carácter más subjetivo que el signo y se refiere a manifestaciones no observables directamente (Jarne et al., 2002).

Ejemplos: astenia, alucinaciones visuales...

Tipos de síntomas: primarios-secundarios, orgánicos-funcionales, categoriales-dimensionales.

Síndrome

Conjunto de signos y síntomas que caracterizan un proceso morboso. Estrictamente recibe el nombre de la enfermedad cuando se sabe la causa.

Cuadro clínico

Conjunto de signos y síntomas de una enfermedad, se utiliza cuando se describe la enfermedad y cuando todavía no la tenemos diagnosticada y tampoco sabemos la causa.

En los siguientes apartados, estudiaréis la psicopatología de los siguientes procesos cognitivos y funciones psicológicas, es decir, estudiaréis la semiología de la:

conciencia, orientación, atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, psicomotricidad, sueño, afectividad, ideación autolítica y agresividad.

Lecturas recomendadas

Diccionari Enciclopèdic de Medicina. (2000). Enciclopèdia Catalana. Barcelona.

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya. Documento de Semiología.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General*. Madrid: Pirámide.

2. Psicopatología de la conciencia

La palabra *conciencia* viene del latín *conscientia* y hace referencia al conocimiento que acompaña a nuestras impresiones y acciones.

La conciencia es la primera función psicológica que se debe evaluar, ya que si está afectada, todo el resto de funciones psicológicas estarán alteradas.

Debemos tener en cuenta que la conducta de una persona con alteración de la conciencia puede ir desde la más absoluta inmovilidad de un estado de coma a una agitación extrema; las alteraciones de la conciencia se manifestarán en comportamientos verbales y motores patológicos (signos y síntomas).

Existen muchas definiciones de conciencia y a continuación tenéis algunas:

> Percepción de la propia capacidad de respuesta ante los estímulos (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).
>
> Propiedad de darse cuenta de la propia existencia, condición, sensaciones, operaciones mentales, actos... (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Tal como tenéis en el documento de semiología de los materiales UOC de la asignatura (podéis ver Jarne et al., 2002), en psicopatología se estudia la conciencia en dos acepciones:

- conciencia de aquello externo a uno mismo, es decir, la capacidad para captar el mundo externo, y
- conciencia del yo o la capacidad para captar el mundo interno y poseer el sentido de integridad.

Las alteraciones de la conciencia mayoritariamente suelen asociarse a patologías orgánicas cerebrales, es decir, a trastornos orgánicos, aunque no siempre. Por lo tanto, de entrada se deberá descartar un trastorno orgánico cerebral.

En la siguiente tabla tenéis estructurados los diferentes signos, síntomas y síndromes que conforman la semiología psicopatológica de la conciencia.

Tabla 1

	Conciencia de aquello externo a uno mismo	

Vigilancia o estado vigil (*arousal*)	Hipovigilancia Hipervigilancia	• Somnolencia • Hipovigilancia Obnubilación • Sopor-estupor – Psiquiátrico – Orgánico • Coma
Claridad de conciencia Campo de conciencia	Cuadros confusionales Cuadros confusioníricos Cuadros crepusculares	
	Conciencia del yo	
Conciencia del yo corporal	Anognosia y/o asomatognosia Despersonalización	
Conciencia del yo psíquico	Desrealización Trastorno de la identidad del yo	

Vigilancia o estado vigil (*arousal)*:

Grado elevado de eficiencia en el nivel de la coordinación involuntaria, correspondiendo a la atención en el plano de los procesos psicológicos (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Es el estado psicológico del que depende el hecho de que seamos conscientes o no del mundo que nos rodea y de lo que sucede dentro de nosotros mismos (Butcher et al., 2006).

Lectura recomendada

J. N. Butcher, S. Mineka y J. M. Hooley (2006) *Psicología Clínica* (12.ª edición). Madrid: Pearson.

Evalúa el estado de la conciencia cualitativamente, ya que explora el nivel de conciencia.

Clásicamente se han clasificado los niveles o grados de conciencia en VI grados teniendo en cuenta las distintas oscilaciones de la vigilancia o estado vigil tal como se muestra en la siguienta tabla.

Tabla 2

Grado	Aspecto subjetivo	Aspecto objetivo	EEG
I	Vigilancia excesiva: durante emociones fuertes no existe adaptación óptima a la realidad. La atención no se puede fijar, es débil y difusa.	Conducta ineficaz: pobre adaptación y escaso autocontrol.	Desincronización: amplitud media o baja, frecuencias rápidas.
II	Vigilancia atenta: flexibilidad y selectividad de acción.	Conducta eficaz: autocontrol y adaptación.	Sincronización parcial: amplitud baja, frecuencia rápida.
III	Vigilancia relajada: atención flotante, asociaciones libres de pensamiento y disminución de la conciencia del mundo.	Conducta relajada: buena adaptación relativa, tendencia a actitudes automáticas.	Sincronización: ritmo alfa óptimo.

Tabla extraída de P. J. Mesa Cid y J. F. Rodíguez Testal (2007). *Manual de Psicopatología General.* Madrid. Pirámide.

Grado	Aspecto subjetivo	Aspecto objetivo	EEG
IV	Somnolencia: atenuación en el proceso perceptivo.	Adormecimiento: conducta pobre y desadaptada, mala coordinación y desorientación.	Ondas lentas: disminuye el ritmo alfa y aparecen ondas de baja amplitud (beta).
V	Sueño ligero: mínima percepción de la realidad.	Inmovilidad: no existe adaptación al mundo exterior.	Ondas fusiformes: voltaje bajo y algo rápido.
VI	Sueño profundo: nula percepción de los estímulos externos.	Inmovilidad: no existe adaptación al mundo exterior	Ondas delta: gran amplitud y lentitud.

Tabla extraída de P. J. Mesa Cid y J. F. Rodíguez Testal (2007*). Manual de Psicopatología General.* Madrid. Pirámide.

Hipovigilancia

La vigilancia o estado vigil está disminuida o puede estarlo en diferentes niveles.

Somnolencia

Estado intermedio entre el sueño y la víspera en el que la persona no ha perdido del todo la conciencia (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

La persona se muestra apática, si no se le estimula, se duerme, está parcialmente orientada con posibilidad de errores, aparece una reducción de los movimientos espontáneos y se conserva la respuesta al dolor, los reflejos y el tono muscular.

Se da principalmente en: ingesta de sustancias tóxicas, falta de descanso, intoxicaciones, variación circadiana normal, insolaciones, efectos secundarios de algunos fármacos, cuadros pre-migrañosos...

Obnubilación

Turbiedad y lentitud de pensamiento (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Claridad mental incompleta con alteraciones perceptivas y en las actitudes (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Lectura recomendada

H. Kaplan, J. Sadock, y J. Grebb (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición). Madrid: Panamericana.

La persona se muestra con una gran tendencia a dormirse, atención desordenada, gran lentitud motora, manifestaciones verbales mínimas (sí, no), obediencia de órdenes sencillas de manera descoordinada, conservación de respuesta al dolor y reflejos pero disminución del tono muscular.

Se da principalmente en: trastornos orgánicos (alteraciones del SNC), intoxicaciones, ingesta de sustancias tóxicas (cannabis, alcohol...), traumatismos craneales (TCE), hipertensión endocraneal, isquemias o trastornos del riego cerebral, hipoxias, crisis epilépticas, meningitis, encefalitis.

Hay que valorar una posible ingesta de fármacos cuando hay riesgo de intentos de autolisis.

Sopor-estupor

Estado intermedio entre el amodorramiento (adormecimiento) y el coma (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Estado de inconsciencia parcial con ausencia de movimientos y sin reacción a estímulos (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Falta de reactividad y desconexión con el entorno (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Estado de obnubilación más profundo y, por lo tanto, con un nivel más bajo de vigilancia y funciones más inhibidas (Jarne et al., 2002).

Se da principalmente: lo mismo que en la obnubilación, y además, el síndrome de estupor en los trastornos depresivo y la esquizofrenia catatónica en fase inhibida.

Coma

Es la ausencia total de respuesta a estímulos externos o internos, incluso los más intensos; es el nivel de conciencia nulo.

Existen diferentes niveles del estado de coma en el que puede estar una persona y se miden por la Escala de Glasgow; el nivel más grave es la muerte cerebral.

Escala de Glasgow

La escala de Glasgow fue creada en 1974 por Teasdale con el fin de proporcionar un método sencillo para valorar el nivel de conciencia de las personas que habían sufrido un traumatismo craneal (TCE).

Hipervigilancia

La vigilancia o estado vigil está altamente aumentada.

Es un estado caracterizado por un exceso del nivel de alerta secundario a la hiperactivación de los sistemas neurofisiológicos que modulan la víspera y la atención (5).

La persona muestra: taquipsiquia, logorrea, mayor asociación de ideas de manera desordenada, percepciones más vivas, impresión subjetiva de más agilidad mental y más memoria e hiperactividad motora.

Se da principalmente en: ingesta de sustancias tóxicas (cocaína, anfetaminas, bebidas estimulantes, exceso de cafeína y derivados, éxtasis, tripis, pastillas, etc.) y alucinógenos.

Fases de manía e hipomanía de los trastornos bipolares, síndrome de excitación en el contexto de episodio de descompensación aguda esquizofrénica y en los períodos iniciales de algunas esquizofrenias.

Claridad de conciencia

Es la claridad con la que la persona percibe los estímulos del ambiente, por lo tanto se evalúa el estado de la conciencia en un sentido cualitativo.

Cuadros confusionales

Se componen siempre de dos elementos: un grado variable de obnubilación y una actividad desordenada, fantástica o limitada de la conciencia, que puede provocar una afectación total o parcial de ésta (Mesa Cid, 2007).

Cuadros confusooníricos

Son cuadros confusionales en los que se añade la siguiente sintomatología:

- Pensamiento desorganizado e incoherente, trastornos de la percepción (alucinaciones y/o ilusiones), agitación psicomotora, hiperactividad vegetativa (sudoración, taquicardia, bradicardia, hiperventilación, dilatación pupilar, etc.), trastornos y/o vigilia.

Se dan principalmente en: trastornos orgánicos del SNC, intoxicaciones, síndromes de privación y abstinencia a sustancias.

Campo de conciencia

Se trata de un trastorno cualitativo, dado que exploramos la extensión del campo en el que se percibe el ambiente, es decir, se evalúan las limitaciones en la extensión y la cantidad de estímulos externos a los que la conciencia tiene acceso.

Cuadros crepusculares

Es un estado confusional *parcial*, que consiste en un estrechamiento del campo de la conciencia, con disminución de respuestas a estímulos externos y pensamientos confusos en grado variable en el que el paciente enfoca exclusivamente su atención hacia determinadas vivencias interiores a la vez que disminuye la atención hacia su entorno (Mesa Cid, 2007).

El resultado final es un estado de conciencia hipovigilante y confuso.

La sintomatología de los estados crepusculares es muy variada dependiendo del grado de afectación de la conciencia:

- Conductas automáticas en los campos hacia los que se considera que la conciencia está abierta.
- Afectividad centrada en una emoción que experimenta con gran intensidad.
- Disminución de la atención hacia los estímulos y campos de conciencia.

Estos cuadros duran pocos minutos y suelen acabar en sueño con amnesia con respecto al cuadro cuando la persona despierta.

Se dan principalmente en: trastornos orgánicos cerebrales (epilepsia, TCE, etc.), trastornos del sueño (sonambulismo, parasomnias, terror nocturno, etc.), trastornos disociativos (histeria de disociación, trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa), en la pseudodemencia y en las reacciones agudas postraumáticas.

Conciencia del yo

La conciencia del yo es el modo como las personas nos vemos a nosotras mismas tanto a nivel físico (yo corporal), como a nivel mental (yo psíquico).

Conciencia del yo corporal

La persona percibe mal su físico, bien de manera global, bien de manera parcial.

- **Asomatognosia**: pérdida de la conciencia de una parte o de la totalidad del propio cuerpo. Cuando se refiere a una mitad del cuerpo se habla de hemiasomatognosia (*Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, 2000).

Se presenta principalmente en: trastornos orgánicocerebrales (accidentes cerebrovasculares, síndrome de Gerstman, etc.).

- **Anosognosia**: se produce cuando la persona no tiene percepción y no admite sus déficits funcionales generalmente neurológicos (no se debe confundir con la negación).

Se presenta principalmente en: deterioro de las funciones ejecutivas por daño en el lóbulo frontal, síndrome de Korsakoff, ceguera cortical, etc.

Conciencia del yo psíquico

La persona percibe mal su realidad psíquica, bien de manera global, bien de manera parcial; es una pérdida de la continuidad de la propia identidad.

Despersonalización

Sensación de extrañeza con respecto a la propia realidad psíquica, generalmente acompañada de angustia y miedo.

Síntomas: sentimiento de extrañeza y de estar alejado de uno mismo, sensación de pensar y percibir como si fuera otra persona y de que puede salir del cuerpo y verse a sí mismo, impresión de que las palabras y los pensamientos ven desde fuera, etc.

Importante

No hay que confundir la despersonalización con el trastorno por despersonalización (300.6 DSM-IV-TR).

Desrealización

Sensación de extrañeza con respecto al ambiente habitual de la persona, generalmente acompañada de angustia y miedo.

Síntomas: sentimiento de extrañeza en ambientes conocidos, impresión de que las cosas han cambiado aunque no se sabe concretar en qué.

La despersonalización y la desrealización se dan principalmente en: trastornos de ansiedad (crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático), trastorno de despersonalización, depresión mayor, cuadros de intoxicación (cannabis, alucinógenos, etc.), situaciones de fatiga y estrés, etc.

Trastorno de identidad del yo

Extrañeza de la propia identidad y vivencia de que ésta no es real o ha sido cambiada.

Se presenta principalmente en: fase inicial de la esquizofrenia, cuadros de intoxicación (cannabis, alucinógenos, etc.), fuga psicógena, etc.

3. Psicopatología de la atención y la orientación

En el apartado 2 habéis visto de manera más concisa cómo se debe estudiar un apartado, es decir, tenéis desarrollado más concretamente el tema que se ha de trabajar, por lo que habéis podido ver de manera más "práctica" cómo debéis "trabajar" con esta guía los contenidos de la asignatura.

A partir de ahora la exposición de los contenidos no será tan minuciosa, dado que se os darán las fuentes que debéis consultar y los pasos que debéis seguir con tal de alcanzar los contenidos, es decir, viajaréis por la asignatura de Psicopatología con esta "guía de estudio" (como si se tratara de una "guía de viaje").

Dispondréis de un esquema de los principales conceptos que se deben estudiar y sabréis los "espacios" que debéis consultar con el fin de alcanzar los conocimientos básicos (lecturas obligatorias y lecturas complementarias).

3.1. Psicopatología de la atención

La atención es una función psicológica que cuando está alterada afecta de manera muy importante al procesamiento de la información.

Las alteraciones de la atención son muy frecuentes y se deben evaluar desde los puntos de vista del volumen, la estabilidad y la oscilación.

- **Hipoprosexia**: atención disminuida (inhibición de la atención, labilidad atentiva y distrabilidad).
- **Aprosexia**: grado más intenso de atención disminuida
- **Hiperprosexia**: atención aumentada
- **Paroprosexia**: atención desviada

3.2. Psicopatología de la orientación

Cuando hablamos de orientación nos referimos a que la persona sepa situarse en el espacio, el tiempo y la situación.

- **Orientación temporal**: en el tiempo.
- **Orientación espacial**: en el espacio.
- **Orientación alopsíquica**: situacional.

Ved también

Estudiaréis la lista de los principales trastornos asociados a la semiología de la atención y la orientación.

4. Psicopatología de la memoria

- Alteraciones cuantitativas:
  - Amnesia: pérdida de la memoria
  - Hipermnesia: aumento de la capacidad de evocación

- Alteraciones cualitativas
  - Paramnesia: alteración con respecto a la calidad y/o tipo de recuerdo

Tabla 3. Sinopsis de los trastornos de la memoria

Amnesias	**Anterógradas o de fijación**	En la obnubilación de la conciencia. En síndromes orgánico-cerebrales.
	Retrógradas	Global Lacunar Postraumática Selectiva
	De evocación	
Hipermnesias	**Pseudohipermnesias**	
	Criptomnesia	
	Ecmnesia	
Paramnesias	**Falsos reconocimientos**	
	Confabulaciones	
	Mentiras patológicas o pseudología fantástica	
	Dejà vue	
	Jamais vue	

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la memoria.

Fe de erratas

En la página 11 de los *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*, "documento de Semiología", en el apartado "Semiología de la memoria, alteraciones de la memoria", en el segundo apartado, donde se lee "alteraciones cuantitativas", en realidad debemos encontrar "alteraciones cualitativas".

5. Psicopatología de la percepción

Intensidad de la percepción

- Hiperestesia
- Hipoestesia

Alteraciones de la percepción

- Ilusiones
- Alucinaciones
  - Simples
  - Complejas
  - Auditivas
  - Visuales
  - Táctiles
  - Cenestésicas
  - Gustativas
  - Olfativas

- Pseudoalucinaciones
- Otras alteraciones
  - Autoscopia
  - Policopia
  - Metamorfopsia
  - Imagen idéntica
  - Alucinaciones hipnopómpicas
  - Alucinaciones hipnagógicas

En este apartado, es muy importante que **os quede muy clara la diferencia entre ilusión y alucinación**.

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la percepción.

Ilusión: es una mala interpretación de una percepción real, es decir, la persona interpreta un estímulo real de manera equivocada y se convierte en un error perceptivo.

Ejemplo

Una persona "ve" que el maniquí de un escaparate se mueve y lo saluda con la mano. El maniquí está ahí, por lo tanto, es una ilusión, en este caso visual.

Alucinación: percepción de un objeto o de un estímulo inexistentes considerados por la persona como reales.

Ejemplo

Una persona "ve" a otra persona que se mueve y la saluda con la mano en un lugar donde no hay nadie ni nada.
En ese lugar no hay nadie ni nada, por lo tanto, es una alucinación, en este caso visual.

6. Psicopatología del pensamiento y el lenguaje

6.1. Psicopatología del pensamiento

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología del pensamiento.

Trastornos formales y/o del curso del pensamiento

- Bradipsiquia
- Taquipsiquia
- Fuga de ideas
- Disgregación
- Incoherencia
- Perseveración
- Bloqueos del pensamiento
- Asociaciones laxas o ilógicas
- Tangencialidad
- Circunstancialidad
- Distrabilidad
- Divagación
- Pensamiento prolijo

Trastornos del contenido del pensamiento

- Preocupaciones, temores, dudas
- Ideas sobrevaloradas
- Ideas fijas
- Fobias
- Obsesiones
- Ideas delirantes: éstas pueden formar parte de un **delirio alucinatorio**. Pueden ser:
  - simples o complejas
  - primarias o secundarias

- Delirios:
  - Agudos, crónicos o con evolución deficitaria
  - Estructurados, no estructurados, semiestructurados
  - Primario o secundario
  - Base real, base no real
  - Sistematizado no sistematizado
  - Individuales, compartidos (*folie à deux*)

- Temática delirante:
  - Autorreferencia
  - Persecución
  - Autoacusación
  - Influencia

- Grandiosidad
- Celos
- Nihilista
- Invención
- Perjuicio
- Somática-hipocondríaca
- Erótica
- Querulante
- Mística
- Significación
- Ruina
- Capgras o ilusión de Sosias

6.2. Psicopatología del lenguaje

Comunicación no verbal

- Hiponimia
- Amimia

Comunicación verbal

- Pobreza del lenguaje
- Verborrea
- Estereotipos verbales
- Palilalia
- Ecolalia
- Mutismo
- Neologismos
- Pararrespuestas
- Bradifasia
- Aumento latencia de respuesta
- Disfemia
- Presión del habla
- Parafemia
- Logoclonia
- Verbigeración
- Coprolalia
- Paralogismos
- Glosomanía
- Glosolalia
- Parapragmatismo
- Ensalada de palabras
- Descarrilamiento

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología del lenguaje.

Alteraciones básicamente de origen neurológico:

- Afasias:
  - afasia motora o de Broca
  - afasia sensorial o de Wernicke
  - afasia mixta (motora + sensorial)
  - afasia transcortical
  - afasias psicógenas

- Trastornos en la articulación del lenguaje:
  - disartria
  - disfonías
  - dislalias

7. Psicopatología de la afectividad

Conceptos básicos

- Emoción
- Sentimiento
- Afecto
- Humor
- Afectividad

Elementos de una emoción

(De Kleinginna y Kleinginna, 1981)

- Apreciaciones cognitivas de la situación
- Estados sentimentales subjetivos
- Alteraciones fisiológicas
- Tendencias motivacionales
- Comportamiento expresivo
- Conducta instrumental

Alteraciones de la afectividad

- Ansiedad y angustia
- Tristeza patológica
- Euforia patológica
- Anhedonia
- Paratimia o inadecuación afectiva
- Labilidad emocional
- Disforia
- Ambivalencia o ambitimia
- Incontinencia afectiva
- Neotimia
- Alexitimia
- Rigidez afectiva
- Frialdad o indiferencia afectiva
- Distimia
- Aprosodias

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la afectividad.

Síndromes afectivos

- Síndrome depresivo
- Síndrome maníaco
- Síndrome o estado mixto

8. Psicopatología de la psicomotricidad

Ved también

Recordad estudiar el listado de los principales trastornos asociados a la semiología de la psicomotricidad.

Principales trastornos psicomotrices

Agitación psicomotriz

- Hiperactividad
- Inquietud
- Excitación
- Agitación

Disminución actividad psicomotriz

- Moderación o retraso psicomotor
- Mutismo
- Negativismo
- Estupor
- Catatonia
- Inhibición psicomotora

Otros trastornos psicomotrices

- Estereotipias
- Manierismos
- Tics
- Temblores
- Convulsiones
- Ecopraxia
- Automatismos
- Parkinsonismo
- Acatisia
- Distonía
- Corea
- Atetosis
- Balismo
- Discinesia tardía
- Mioclonias
- Apraxias

Bibliografía

Bibliografía general

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed.). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas obligatorias del apartado 1

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología* (Documento de Semiología, p. 3-4). Universitat Oberta de Catalunya.

Lecturas complementarias del apartado 1

APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado* (Apéndice C. Glosario de términos técnicos, p. 913-922). Barcelona: Masson.

Kaplan, H., Sadock J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Lecturas obligatorias del apartado 2

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la consciencia, p. 4-9). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6a Edició) (cap. 11, Psicopatología de la consciencia). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 2

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (apt. Consciencia e inconsciencia, experiencia consciente y subliminal, p. 196-201). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Luque, R. y Villagrán, J. M. (2000). *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (apt. Despersonalización: aspectos psicopatológicos, p. 249-263). Madrid. Trotta.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 2, Psicopatología de la consciencia). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 3

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la orientación y la atención, p. 9-11). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición) (cap. 12, Psicopatología de la atención y la orientación). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 3

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volum 1; cap. 5, Psicopatología de la atención). Madrid: Mc Graw Hill.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (apt. Trastornos de la atención. Trastornos de la orientación en el tiempo y espacio, p. 106-111). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 4

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la memoría, p. 11-17). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría.* (6.ª edición) (cap. 13, Psicopatología de la memoria). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 4

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 7, Psicopatología de la memoria). Madrid: Mc Graw Hill.

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (apt. Semiología de los trastornos de la memoria, p. 185-198). Barcelona: Masson.

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (cap. 13, Biología del aprendizaje y la memoria). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edició) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 5, Psicopatología de la memoria). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 5

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la percepción, p. 17-21). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría.* (6.ª edición) (cap. 14, Psicopatología de la percepción). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 5

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 6, Psicopatología de la percepción y de la imaginación). Madrid: Mc Graw Hill.

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 19, Neuropsicología de las ilusiones y de las alucinaciones). Barcelona: Masson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Luque, R. y Villagrán, J. M. (2000). *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (apt. Alucinaciones y otras pseudopercepciones, p. 295-335). Madrid: Trotta.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 3, Psicopatología de la percepción y la imaginación). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 6:

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología del pensamiento y del lenguaje, p. 21-32). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª Edició) (cap. 15, Trastornos del pensamiento y del lenguaje). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 6

Belloch A., Sandin B., y Ramos F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1) (cap. 8, Psicopatología del pensamiento (I): Los trastornos formales del pensamiento). Madrid: Mc Graw Hill.

Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 9, Psicopatología del pensamiento (II): Los delirios). Madrid: Mc Graw Hill.

Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada* (volumen 1; cap. 10, Psicopatología del lenguaje). Madrid: Mc Graw Hill.

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 2, Afasias). Barcelona: Masson.

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (cap. 14, Lateralización y lenguaje). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 4, Psicopatología del pensamiento y del lenguaje). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 7

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la afectividad, p. 38-41). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición) (cap. 16, Psicopatología de la afectividad). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 7

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 17, Neuropsicología de las emociones). Barcelona: Masson.

Kalat, J. W. (2004). *Psicología Biológica* (8.ª edición) (cap. 11, Comportamientos emocionales). Madrid: Thomson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 7, Psicopatología de la afectividad). Madrid: Pirámide.

Lecturas obligatorias del apartado 8

Jarne, A., Armayones, M., Horta, E., Requena, E., y Talarn, A. (2002). *Materiales didácticos para la asignatura de Psicopatología*. (Documento de Semiología: Semiología de la motricidad, p. 32-35). Universitat Oberta de Catalunya.

Vallejo, J. (Ed.) (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6.ª edición) (cap. 17, Psicopatología de la motricidad). Barcelona: Elsevier Masson.

Lecturas complementarias del apartado 8

Gil, R. (2005). *Manual de Neuropsicología* (cap. 5, Apraxias). Barcelona: Masson.

Kaplan, H., Sadock, J., y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría* (7.ª edición) (cap. 8, Definición de los signos y síntomas psiquiátricos típicos (semiología psiquiátrica)). Madrid: Panamericana.

Mesa Cid, P. J. y Rodríguez Testal, J. F. (2007). *Manual de Psicopatología General* (cap. 7, Psicopatología de las conductas motoras). Madrid: Pirámide.

Psicopatología clínica

P08/80521/02589



Índice

Introducción

En este módulo se aborda el estudio de los principales trastornos mentales. Los apartados se han estructurado según un enfoque descriptivo, siguiendo las directrices actuales del DSM y de la CIE.

Antes de dar pautas de ayuda para el estudio de cada uno de los diferentes apartados, debéis saber que, *grosso modo*, encontraréis en el material de estudio diferentes tipos de información en relación con un trastorno mental:

Epidemiología

A grandes rasgos, la epidemiología es la disciplina que estudia las tasas de prevalencia y de incidencia de los diferentes trastornos, así como también se encarga del estudio de las variables –edad, sexo, rasgos de personalidad, etc.– que se asocian más frecuentemente a una psicopatología (los denominados factores de riesgo).

La prevalencia da muestra del número de casos existente en una comunidad afectados por un trastorno, mientras que la incidencia hace referencia al número de nuevos casos. Además, estas dos tasas pueden calcularse en relación con diferentes universos: población general, población psiquiátrica, población que acude al médico de cabecera, población que acude a urgencias generales, etc. En el material de estudio, siempre que no se especifique otra cosa, se informa de tasas en población general.

Los factores de riesgo no son factores casuales, sencillamente serían factores que influirían aumentado las probabilidades o el riesgo de presentar un determinado trastorno.

Ejemplo

Ser niño es un factor de riesgo para el autismo, ya que existe el triple de niños con autismo que de niñas. En cambio, ser chica o vivir en una cultura occidental son factores de riesgo para la anorexia nerviosa, aunque serán otras las causas que finalmente provocarán este trastorno (si no, todas las chicas de nuestra sociedad sufrirían anorexia).

Clasificación

Cada uno de los diferentes trastornos mentales (fobia, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, etc.) se ubica en un grupo más amplio de trastornos (psicóticos, del estado de ánimo, de la personalidad, etc.), con los cuales comparte unas características comunes.

En la tabla 1 se os presentan los diferentes grupos de trastornos y se especifican qué trastornos trabajaréis desde la asignatura.

Aspectos clínicos

Plasman esencialmente la sintomatología que define el trastorno y otras características.

Curso y el pronóstico

Cada trastorno psicopatológico se caracteriza, junto con la sintomatología clínica que lo define, por un curso y un pronóstico.

El curso hace referencia a la evolución probable que seguirá un trastorno a lo largo del tiempo. El curso puede ser **fásico** (con períodos de remisión de la sintomatología, en los que la persona vuelve al nivel premórbido de funcionamiento) o **crónico** (en este caso, o bien la sintomatología duró más de dos años, o bien no se produce una recuperación total entre los episodios agudos como en el curso fásico, y a menudo se observa un deterioro cognitivo y/o social entre crisis y crisis).

Muy ligado al curso se encuentra el pronóstico: en función del curso probable que seguirá el trastorno, podemos anticipar hasta cierto punto qué sucederá en un futuro (por ejemplo, probabilidades de repetirse una crisis).

Para formular un pronóstico, además de tener en cuenta el curso característico del trastorno, se debe considerar cuál es la situación concreta de la persona (grado de apoyo social, ajuste premórbido, etc.). El pronóstico es muy importante para la orientación y para planificar la intervención.

Etiopatogenia

En este apartado se aborda la cuestión de causas y factores implicados en la génesis de la psicopatología. La conducta humana, tanto si es normal o anormal, es muy variada y compleja; un mismo fenómeno puede ser interpretado

desde diferentes puntos de vista. De ahí que exista una variedad de modelos teóricos que interpreten y propongan pautas de intervención diferentes. Cada modelo aporta conocimientos valiosos sobre la conducta anormal, pero ninguno de ellos por sí solo puede abarcar toda la complejidad de la psicopatología o, en general, de la conducta humana. Si algo define la conducta, normal o patológica, es la multicausalidad. De momento, el desarrollo teórico actual no ha permitido integrar las diferentes aportaciones de cada modelo en uno solo.

Para cada trastorno, encontraréis las propuestas etiológicas que han sido formuladas desde modelos biológico, conductista, cognitivo y psicodinámico, esencialmente, aparte de los factores sociales.

Diagnóstico diferencial

Aunque los principales sistemas de clasificación adoptan un enfoque categorial, los diferentes trastornos psicopatológicos "comparten" síntomas.

El diagnóstico diferencial nos aporta pautas para saber distinguir las manifestaciones de un trastorno de otros trastornos parecidos.

Ejemplo

La esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor de tipo psicótico tienen en común la presencia de delirios. Mediante el proceso de diagnóstico, el clínico debe averiguar qué otras manifestaciones acompañan al delirio para realizar, finalmente, un diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno depresivo mayor.

Así pues, para cada trastorno se listan los trastornos orgánicos o psicopatológicos con los que hay que realizar el diagnóstico diferencial.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos mentales

Trastornos psicóticos	Esquizofrenia Trastorno delirante (paranoia)
Trastornos del estado de ánimo	Trastorno depresivo mayor Trastornos bipolares Depresiones somatógenas Depresiones crónicas Depresiones atípicas Trastorno afectivo estacional
Trastornos de ansiedad	Crisis de angustia Trastorno por ansiedad generalizada Agorafobia Fobia social Fobia específica Trastorno obsesivo-compulsivo
Histeria	Trastorno de somatización (síndrome de Briquet) Trastorno de conversión Trastornos disociativos

Trastornos de la personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad Trastorno esquizoide de la personalidad Trastorno esquizotípico de la personalidad Trastorno antisocial de la personalidad Trastorno límite de la personalidad Trastorno histriónico de la personalidad Trastorno narcisista de la personalidad Trastorno de la personalidad por evitación Trastorno de la personalidad por dependencia Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Trastornos de la sexualidad	Trastornos de la identidad sexual Deseo sexual hipoactivo Trastorno por aversión al sexo Trastorno de la excitación sexual en la mujer Trastorno de la erección en el hombre Trastorno orgásmico femenino Trastorno orgásmico masculino Eyaculación precoz Dispareunia Vaginismo Exhibicionismo Fetichismo Frotteurismo Paidofilia Masoquismo sexual Sadismo sexual Fetichismo travestista Voyeurismo
Trastornos de alimentación	Rechazo alimentario Anorexia nerviosa Potomanía Bulimia nerviosa Trastorno por hartazgo Obesidad Pica o alotriofagia Mericismo o rumiación

1. Trastornos psicóticos

Caso clínico

[...] Todo comenzó en unas vacaciones que pasé con mis tres tíos, que fueron muy duros conmigo, en las que comencé a madurar y a sentirme cojonudo, no sin sufrimiento, ya que más de una vez lloraba por la increíble presión que aguantaba, el cambio que de repente nació dentro de mí, un genio increíble (rebelión, mala leche), que se produjo una noche en la que me sucedieron unas experiencias muy fuertes, ya que después de una sesión de espiritismo, a la que me obligaron a asistir, contra lo que yo creía, me sentí enormemente fortalecido y seguro de mí mismo; entonces me fui a dormir tranquilamente y después de repente me comenzaron a pasar cosas rarísimas, yo creía que eran mis tíos, pero mis tíos estaban durmiendo en la tienda de al lado e intentaban calmarme, pero yo me puse histérico diciendo "¡cabrones, parad ya!", y cosas así, ya que me daban golpes con los pies y me tocaban la tienda con los dedos, claro, yo me asusté y pensé (como me sentía tan fuerte) que los espíritus no podían ser, que seguro que eran mis tíos, pero el histerismo vino cuando saqué la cabeza fuera y no vi a nadie alrededor de la tienda, entonces sí que sufrí como nunca un miedo y notaba una presencia en la tienda que me cogía la cara y me daba bofetadas, y notaba como si se burlara de mi, al final, me sentía tan fuerte que no pudo conmigo y antes de volverme loco necesité todas mis fuerzas, pero conseguí dormirme, después de los nervios que tenía y el miedo.

Al día siguiente yo intentaba encontrar una explicación lógica a todo esto pero no tenía ninguna explicación, ya que mi tío me aseguró que no fue él ni ninguno de los que estaban allí los que me habían hecho eso; pero lo que hizo fue hacerme un gesto despectivo riéndose de mí, después de cuanto sufrí [...].. Al volver de vacaciones me sentía una persona completamente distinta, era más inteligente, entendía muchas más cosas, incluso cambió mi gusto musical, que pasó de la música pija de los cuarenta principales a otra de tipo mucho más sentimental [...]. Pero con el paso del tiempo empecé a notar algo entre mis músculos y la fuerza variaba de tanto en tanto, junto a mi personalidad, aunque lo podía controlar más o menos. Sin embargo, la cosa empezó a ponerse muy mal [...], así que empecé a hacer deporte de nuevo, pero esta vez era otro efecto, me quedaba como un vegetal y ni dormía ni comía ni sentía dolor al quemarme, bueno, muchas cosas... (Tomado de Freixas, 1997).

Actividad

¿Qué síntomas se aprecian en el texto anterior? ¿Hay conciencia de trastorno? ¿De qué tipo de esquizofrenia podría tratarse? Prestad atención al énfasis del narrador (un chico de dieciséis años que explica su primer episodio esquizofrénico) para transmitir sus sensaciones de extrañeza, de "no entender" lo que le sucede.

Los **trastornos psicóticos**, tradicionalmente, se han denominado psicosis. Bajo este término se engloban varios trastornos que comparten unos rasgos diferenciales.

Por lo tanto, **psicosis** no es ningún trastorno concreto, sino un síndrome, un síndrome caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad, graves dificultades de comunicación, falta de conciencia de trastorno, presencia de graves trastornos de conducta y deterioro de la calidad de vida.

Este síndrome (es decir, este conjunto de síntomas) está presente en distintos trastornos: la esquizofrenia, la paranoia, etc. Este conjunto de trastornos que tienen en común este síndrome se denomina trastornos psicóticos. En la tabla 2, tenéis apuntados los trastornos psicóticos especificados en la CIE-10 (reu-

nidos bajo el nombre de "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes") y en el DSM-IV-TR (que forma el grupo "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos").

Tabla 2. Trastornos psicóticos especificados en la CIE-1 y en el DSM-IV-TR

CIE-10: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	DSM-IV-TR: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Esquizofrenia Trastorno esquizotípico Trastornos de ideas delirantes persistentes Trastornos psicóticos agudos y transitorios Trastorno de ideas delirantes inducidas Trastornos esquizoafectivos Otros trastornos psicóticos no orgánicos Psicosis no orgánica sin especificación	Esquizofrenia Trastorno esquizofreniforme Trastorno esquizoafectivo Trastorno delirante Trastorno psicótico breve Trastorno psicótico compartido Trastorno psicótico causado por una enfermedad médica Trastorno psicótico inducido por sustancias Trastorno psicótico no especificado

Por lo tanto, los trastornos psicóticos se caracterizan por una grave alteración del juicio de realidad que interfiere en gran medida en todas las áreas de la vida del sujeto.

Ved también

Seguramente, los trastornos psicóticos son los trastornos mentales que mejor responden a las ideas populares de "locura".

El material de estudio se centra en la esquizofrenia y la paranoia (denominado trastorno de ideas delirantes persistente en la CIE-10 y trastorno delirante en el DSM-IV-TR).

1.1. Esquizofrenia

La **esquizofrenia** representa aproximadamente el 80% de todos los trastornos psicóticos diagnosticados. Su presencia supone un alto nivel de incapacitación y ruptura en la vida de la persona afectada, con una merma considerable de su calidad de vida.

Ved también

En el apartado de "Epidemiología", se proporcionan las tasas de incidencia y prevalencia para la esquizofrenia, así como de otros factores.

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 30, Esquizofrenia de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Epidemiología, Etiopatogenia, Aspectos clínicos y Diagnóstico diferencial.

Apartados complementarios: Introducción, Aspectos históricos, Curso, Pronóstico, Diagnóstico, Evaluación psicosocial y Tratamiento y rehabilitación.

Ved también

La esquizofrenia ha promovido una gran cantidad de estudios, sobre todo desde modelos biológicos. En "Etiopatogenia", tenéis descritas las principales hipótesis, que encontraréis resumidas en la siguiente tabla.

Tabla 3. Hipótesis etiológicas y factores asociados a la esquizofrenia

Genética	• Vulnerabilidad genética
Bioquímica	• Hipótesis dopaminérgica • Hipótesis serotoninérgica • Hipótesis de la dopamina y acetilcolina • Hipofunción del sistema de neurotransmisión por glutamato • Endorfinas

Neuroimagen	• Alteraciones estructurales en volumen ventricular, volumen del cerebro, amígdala, hipocampo, región hipocámpica y ganglios basales.
Componente ambiental	• Complicaciones durante el embarazo y el parto • Infecciones virales
Neuropatología	• Alteraciones en el sistema límbico
Neurofisiología	• Alteraciones en las ondas y en las fases del sueño • Alteraciones en los movimientos sacádicos y en los movimientos de seguimiento
Teorías psicogenéticas	• Estilo comunicativo disfuncional de la familia • Modelo del déficit cognitivo • Modelo del conflicto: fijación en la etapa autoerótica (oral), no superación de la posición esquizoparanoide, no superación de la fase simbiótica o autística

Los "Aspectos clínicos" describen la variada sintomatología con la que se expresa la esquizofrenia, las diferentes formas de inicio y los subtipos de esquizofrenia.

Se suele diferenciar entre **síntomas positivos** y **síntomas negativos**.

Los síntomas positivos son aquellos que se manifiestan en el momento del episodio psicótico, como los delirios, las alucinaciones, la conducta y el lenguaje desorganizado, o la catatonia. Los síntomas negativos también se encuentran presentes en el momento del episodio pero, a diferencia de los positivos, a menudo perduran una vez pasada la crisis esquizofrénica.

Son la pobreza o el aplanamiento afectivo, el aislamiento social, las dificultades en el pensamiento abstracto, la falta de iniciativa, el deterioro de la higiene personal y el mantenimiento de creencias raras o extravagantes. En general, los síntomas positivos tienen una buena respuesta al tratamiento medicamentoso, pero no así los negativos, más relacionados con rasgos de personalidad.

Además, también se presentan síntomas neuropsicológicos relacionados con un deterioramiento de las funciones cognitivas (memoria, pensamiento abstracto, etc.) que o bien pueden desaparecer cuando remite el episodio, o bien persistir. Este último caso se da cuando la esquizofrénica tiene un curso crónico.

Todos los síntomas descritos en "Semiología general" no necesariamente deben estar presentes en la persona con esquizofrenia. Dependiendo de las áreas afectadas, hablaremos de un subtipo u otro. Así, en la esquizofrenia simple la esfera más afectada es la afectividad en el sentido de una pobre respuesta emocional, junto con presencia de síntomas negativos. En la **esquizofrenia hebefrénica** (o desorganizada, si utilizamos la nomenclatura del DSM-IV-TR), a las características descritas anteriormente se suman los trastornos formales del pensamiento y la conducta desorganizada. El pensamiento (delirios) y la percepción (alucinaciones) son las áreas afectadas en la **esquizofrenia paranoide**. Y, por último, es el área de la psicomotricidad la que se encuentra gravemente alterada en la **esquizofrenia catatónica**.

Ved también

Ved el módulo "Semiología de las funciones psicológicas" para refrescar los conocimientos sobre semiología.

Entre estos diferentes subtipos de esquizofrenia, también se observan diferencias en la forma de inicio.

El estudio de la esquizofrenia finaliza con el apartado "Diagnóstico diferencial". Los síntomas psicóticos pueden estar presentes en trastornos orgánicos (por ejemplo, en demencias), trastornos del estado de ánimo, otros trastornos psicóticos o derivados del consumo de drogas.

1.2. Trastorno delirante (paranoia)

La **paranoia** es un trastorno psicótico caracterizado por la presencia de un sistema de ideas delirantes muy elaborado que avanza sin deterioro social o cognitivo graves.

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 31, Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas (apartado A, Paranoia) de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Datos epidemiológicos y demográficos, Aspectos clínicos, Evolución y pronóstico y Diagnóstico diferencial.

Apartados complementarios: Introducción, Orígenes y desarrollo, Tratamiento, y Entrevista con el paciente paranoico.

Bibliografía complementaria: Apartado B, Otras psicosis delirantes crónicas del capítulo 31 de Vallejo.

El término clásico *paranoia* ha sido sustituido por otros términos en las clasificaciones actuales. Así, la CIE-10 denomina a este cuadro clínico "trastorno de ideas delirantes", mientras que el DSM-IV-TR propone el término "trastorno delirante" para designarlo. Este cambio en la denominación se realiza para enfatizar que el núcleo patológico de la paranoia son esencialmente las ideas delirantes que presenta la persona (que no siempre son de tipo paranoide o persecutorio) y porque el término *paranoide* puede tener otros significados (por ejemplo, esquizofrenia paranoide, donde el adjetivo *paranoide* indica presencia de delirios y alucinaciones).

Quisiéramos introducir el concepto de paranoidismo, que puede ser de utilidad para entender mejor el trastorno delirante y otros trastornos que presentan rasgos paranoides.

El **paranoidismo** es una dimensión psicológica que se expresa mediante conductas (hipervigilancia, actitud defensiva, etc.) y rasgos de carácter (hostilidad, desconfianza, etc.).

Todos nosotros tenemos un cierto grado de paranoidismo (un cierto grado de desconfianza, hostilidad, etc.). Recordad el supuesto de continuidad del criterio estadístico de anormalidad. Existirían personas, sin embargo, que tendrían un grado especialmente elevado de paranoidismo y esto las haría vulnerables a presentar algún trastorno de cariz paranoide (ya sea el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, un trastorno paranoide de la personalidad, etc.).

Un grado elevado de paranoidismo no se presenta sólo en el trastorno delirante y en la personalidad paranoide, también está presente en la esquizofrenia de tipo paranoide y en determinados trastornos de origen orgánico, como la demencia de Alzheimer, tumores, celotipia alcohólica o en trastornos psicóticos breves producidos por la ingesta de drogas como el LSD y la cocaína. Por ejemplo, la celotipia alcohólica es un cuadro de tipo paranoide que presentan personas con un alto nivel de alcoholismo, caracterizado por la presencia persistente de sospechas de infidelidad de la pareja.

En determinadas circunstancias, todos podemos mostrar puntualmente un nivel más elevado de paranoidismo del habitual.

Ejemplo

Cuando estamos en un país extranjero con una cultura diferente de la nuestra, nuestro recelo hacia los otros puede aumentar porque nos sentimos más vulnerables. Otro caso extremo en el que aumenta el paranoidismo es en situación de guerra.

Centrándonos en el capítulo de Vallejo, en el apartado "Datos epidemiológicos y demográficos", aparte de la información que proporciona sobre los factores de este tipo asociados a la paranoia, es interesante destacar que se pone énfasis en las dificultades de definirla adecuadamente y cómo, a menudo, la paranoia puede estar enmascarada bajo el diagnóstico de otras psicosis, como la esquizofrenia.

En "Aspectos clínicos", queda claramente reflejado lo que se comentaba al principio: el síntoma más destacado y prácticamente único es el sistema delirante, además de ir acompañado de unas determinadas características de personalidad.

Si se leen los rasgos de personalidad que acompañan a la paranoia y después los comparamos con las características del trastorno paranoide de la personalidad, se podría pensar que paranoia y trastorno paranoide de la personalidad siempre se dan juntos. Bien, estos dos trastornos se pueden presentar conjuntamente en la misma persona, pero no siempre se da el caso. Cuando hablamos de personalidad paranoica, los rasgos que la definen pueden estructurarse o no en un trastorno de personalidad, en función de cuánto estén marcados estos rasgos y el grado de desadaptación que supongan (aquí, la línea de división puede ser bastante fina y sutil, está relacionada con aspectos cuantitativos). Así que, en la clínica, podéis encontraros con tres situaciones diferentes: persona que sólo presenta paranoia, persona que sólo presenta trastorno paranoide de la personalidad y persona que presenta ambos trastornos.

Por otra parte, el sistema delirante de la paranoia tiene importantes diferencias con el delirio presente en la esquizofrenia. En el caso de la esquizofrenia, el delirio tiene una temática extraña, inverosímil ("alguien lee mi pensamiento" o "el demonio me ha poseído") y poco estructurado, de manera que no llega a organizarse en un sistema coherente ni está documentado en pruebas, además de afectar gravemente al funcionamiento social y laboral. Asimismo, si delirios y alucinaciones aparecen a menudo en la esquizofrenia, pensad que en el caso de la paranoia no se da ningún otro síntoma psicótico.

Actividad

Intentad deducir otras diferencias con la esquizofrenia con respecto a curso y pronóstico utilizando los datos que tenéis al respecto en el apartado "Evolución y pronóstico".

Como hemos comentado al hablar del paranoidismo, las reacciones paranoides son frecuentes y no siempre se dan en el contexto de la paranoia. En "Diagnóstico diferencial", uno de los más importantes es la diferencia entre paranoia y esquizofrenia paranoide. Hay que aclarar que cuando en el libro de texto se nos habla de reacciones paranoides se da preferencia a manifestaciones de la "paranoia", y el término *desarrollo paranoico* hace referencia a la personalidad paranoide.

2. Trastornos del estado de ánimo

Caso clínico

Pablo D. G. es un hombre de 54 años que acude a la consulta privada de un psicólogo de una gran ciudad española donde reside desde hace poco. Explica al profesional que se ha trasladado a esta zona por cuestiones que en ese momento prefiere no desvelar. Se ha puesto en contacto con él porque se lo aconsejó el Dr. X (nombra a un reconocido psiquiatra), que hasta hace poco lo atendía en su ciudad natal.

En la primera entrevista, que dura más de hora y media, Pablo explica su historia y su situación actual. Durante todo el rato, la actitud del paciente es de colaboración y facilita todos los datos que se le piden, aunque lo hace de una manera desordenada y un tanto confusa; en algunos momentos, el médico cree que confunde datos pasados con actuales. Va acompañado de su madre, quien confirma todos los datos no aportados por el hijo con movimientos de cabeza continuos. En ocasiones, la madre añade alguna información que inmediatamente el hijo desvirtúa diciendo que lo que es importante es lo general, no lo particular.

Está separado de su mujer desde hace diez años, con quien tiene tres hijos (dos chicas y un chico, de 25, 23 y 18 años, respectivamente). La ex mujer es representante de moda infantil y hay meses, según explica Pablo, que sus comisiones pueden llegar a "cifras de cuatro ceros". Desde hace casi veinte años, Pablo no trabaja. Antes había tenido su propia empresa de carpintería, con treinta trabajadores a su cargo, hasta que ésta quebró. Explica que tomaba anfetaminas para poder aguantar el ritmo y que ganaba muchísimo dinero. Con los trabajadores había una relación muy buena, incluso iban juntos de copas. En la actualidad, padece una larga enfermedad, aunque dice que durante este tiempo ha montado varios negocios con autónomos que trabajaban para él rehabilitando pisos. En general, le ha ido bien en estos negocios hasta que, de golpe, la empresa se quedaba sin encargos. En otro momento de la entrevista, afirma que los problemas surgieron porque los trabajadores no cumplían.

El propio Pablo nos cuenta que desde los 35 años presenta un trastorno bipolar. Tres veces ha tenido que ser ingresado, la última vez hace siete años. Con respecto al episodio maníaco que provocó el primer ingreso, relata que éste empezó con la idea optimista de que encontraría una fórmula para levantar su empresa y que iba gastando mucho dinero sin darse cuenta de ello. Pensaba que todos los pisos en venta de la ciudad eran suyos y que la gente acudiría a comprárselos. Ha sido un gran lector de la Biblia y quería cambiar el mundo (la redención de los muertos). "De esta manera, poco a poco, te vas metiendo en la imagen de Jesucristo, te crees que eres él". Subió a su coche y condujo durante tres días y tres noches sin descansar, estaba convencido de que iba a encontrarse con Dios.

En el segundo episodio, vuelve a estar tres días y tres noches con el coche; esta vez se llevó a su hijo, que entonces tenía 8 años, porque estaba convencido de que el objetivo del niño era convertirse en la Santísima Trinidad. Sólo se detenía para que el niño durmiera, él no dormía porque debía vigilar que Satanás no les hiciera daño. La policía lo encontró y le pidieron que entregara al niño, pero él no lo quiso porque querían matar al pequeño, entonces huyó y los despistó. Volvió a casa por su propio pie. Allí lo esperaban la policía y el juez para ingresarlo.

En la tercera ocasión, pensó que él era el Espíritu Santo, volvió a utilizar el coche y pensaba que se lo encontraría. Cuando se creía Dios y veía a sus hijas, lloraba porque sabía que iban a ser transformadas en inmortales y que nunca más las volvería a ver.

En todas las ocasiones, necesitó estar hospitalizado durante un mes. Cuando se explora la existencia de algún episodio de depresión, Pablo dice haber tenido sólo uno. Según él, la depresión le fue provocada por una negligencia en la medicación: durante el primer ingreso le recetaron un medicamento cuya reacción le provocó "sesenta días de tristeza". El doctor X fue quien le explicó qué le pasaba y le recetó litio. Quiso denunciar al primer psiquiatra y a la Seguridad Social, pero el Dr. X le recomendó que no valía la pena, pero él sabe que todavía podría armar un gran alboroto con todo esto. Durante este período de tristeza, se sentía muy culpable por haber fracasado en la vida: había llevado a su empresa a la bancarrota y no había hecho una previsión de futuro para sus hijos. Él tenía que morir, e incluso llegó a planear cómo hacerlo: llevaría a las dos hijas en coche a un campo abierto y allí lo haría volar con una carga de butano y ellos tres dentro. A su hijo pequeño lo dejaría con la madre, uno no sería una carga muy grande. Prácticamente, durante todo

este tiempo ha permanecido en la cama, aunque ha necesitado pastillas para dormir. No tenía hambre: adelgazó más de diez kilos.

Cuando se explora la presencia de alucinaciones comenta que, mientras trabajaba, veía, en la tapia que había delante de la ventana del despacho, caras cuadriculadas con movimientos en los ojos y en la boca.

Al pedirle algún informe, Pablo nos facilita la hoja de asistencia de urgencias de un gran hospital, con fecha del año pasado, en la que leemos: "... paciente de 53 años de edad que consulta por presentar problemas de insomnio las últimas semanas. En la exploración se muestra despierto, orientado, con una leve tendencia a la hipertimia, motórico expansivo y actitud demandante, aunque no hostil ni con heteroagresividad verbal". Corresponde a un ingreso de seis días. Respecto a esto, nos dice que la última vez que fue ingresado por problemas de insomnio, no tomó la medicación hasta que no le llevaron la que él sabía que le iría bien. Amenazó con ir al Juzgado de Guardia si seguían encubriendo las negligencias del médico.

En la actualidad, su medicación diaria incluye Plenur, Diazepan-10 y Largactil-25. Para controlar los niveles de litio, se debe hacer análisis cada tres meses.

Ahora dice que se encuentra bien, aunque nota que su memoria funciona lentamente. Sólo duerme si se toma pastillas. Nunca ha tenido problemas con el alcohol excepto cuando estaba eufórico; entonces llegaba a tomarse ocho whiskys al día. Le gustaría volver a poner en marcha otro negocio, pero lo ve difícil porque la gente no cumple en el trabajo. Como antecedentes familiares sólo sobresale la abuela paterna que se prendió fuego porque seguía las órdenes que alguien le dictaba desde dentro de sí misma.
(Tomado de Requena, 2004)

Actividad

¿Qué síntomas veis? ¿Se trata de un trastorno psicótico? ¿Hay conciencia de trastorno? ¿Podríais concretar de qué tipo de trastorno bipolar se trata?

Con el nombre de *trastornos del estado de ánimo* (también denominados trastornos de la afectividad o del humor) se agrupan aquellos trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor o la afectividad, ya sea en el sentido de gran tristeza ya sea en el sentido de alegría desmesurada o euforia, sin que las circunstancias lo justifiquen.

En todos ellos, como su nombre indica, el núcleo principal es la afectación del humor. El resto de sintomatología del cuadro clínico es secundario a esta alteración.

Ejemplo

Si la persona muestra aislamiento social es porque está triste y no encuentra motivos para relacionarse con los otros (en la paranoia, también puede estar presente el aislamiento social pero por una causa diferente: la persona se "protege" de los demás aislándose).

Como tanto la alegría como la tristeza son sentimientos que expresan la riqueza emocional humana, en el caso de los trastornos del estado de ánimo es fundamental valorar las circunstancias que acompañan a la respuesta emocional para valorar su carácter mórbido o no. Al respecto, podemos preguntarnos cuándo la tristeza traspasa la línea de la normalidad y se convierte en depresión, y lo mismo con respecto a la euforia y la manía. En el primer mó-

dulo de contenidos ya habéis visto las dificultades para delimitar normalidad y anormalidad psicológica pero, en general, consideraremos que una reacción afectiva es normal y adaptativa cuando:

- es adecuada al estímulo que la origina,
- tiene una duración breve, y
- no repercute notablemente en las áreas social, laboral o somática.

Es decir, la reacción afectiva debe estar justificada cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la origina.

Ejemplo

Después de la muerte de una persona querida, se pueden presentar síntomas que también se dan en una depresión, como cierto aislamiento social, pérdida del hambre, ganas de llorar..., pero que constituyen una respuesta de adaptación a la nueva situación (es decir, es una respuesta adecuada al estímulo que la origina). Con respecto a la euforia, podemos decir lo mismo: después de recibir un éxito profesional, pongamos por caso, es posible que nos sobrevaloremos y que nuestra autoestima aumente, rasgos que también observamos en un auténtico episodio maníaco, pero que, en el contexto del ejemplo, no les otorgamos un significado patológico.

2.1. Trastornos depresivos

En el apartado "Epidemiología y factores de riesgo", se presentan las tasas de prevalencia y los factores asociados a la depresión mayor y al trastorno bipolar, dos de los trastornos afectivos más diagnosticados.

Ved también

Observad con atención la tabla 32-1 de la página 487, donde aparecen resumidas las principales informaciones.

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 32, Trastornos depresivos, de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Epidemiología y factores de riesgo, Clasificación de las depresiones, Aspectos clínicos, Etiopatogenia y Diagnóstico diferencial.

Apartados complementarios: Introducción, Personalidad depresiva, Terapéuticas biológicas y Consideraciones generales en el tratamiento de las depresiones.

Bibliografía recomendada: Capítulo 20, Conducta suicida de Vallejo Ruiloba.

En el apartado "Clasificación de las depresiones", se nombran **diferentes clasificaciones de los trastornos depresivos**. Las dicotomías psicótico-endógena frente a neurótico-reactiva, así como las depresiones involutivas, son interesantes desde el punto de vista histórico, ya que fueron las primeras distinciones realizadas. Más actual es la distinción bipolar frente a unipolar, basada en la existencia o no de episodios maníacos o hipomaníacos. Esta distinción la muestran las clasificaciones actuales del DSM-IV-TR y de la CIE-10.

En "Aspectos clínicos", se da la **sintomatología básica de un episodio depresivo** (ya sea en el contexto de una depresión mayor o en el de un trastorno bipolar).

Es interesante destacar que el núcleo primario de la depresión se da en el área de la afectividad y se refiere al sentimiento profundo de tristeza que presenta la persona. De este sentimiento profundo, se deriva el resto de sintomatología observada en otras áreas (pensamiento y cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos).

Es importante destacar esto porque la tristeza, como síntoma, la encontraremos en otros trastornos pero con un carácter secundario, no primario, como en el caso de los trastornos de la afectividad. Así, la persona que tiene un trastorno de ansiedad generalizada puede presentar síntomas de tristeza pero de manera reactiva a los años de "lucha personal" contra la ansiedad que le produce cualquier actividad cotidiana.

Las características que aparecen en este apartado corresponden a las del **trastorno depresivo mayor**. Además, existe otro trastorno afectivo, sin antecedentes de euforia patológica, que en el texto sólo se denomina al hablar de la clasificación de los trastornos afectivos en las taxonomías actuales: es la distimia (CIE-10) o trastorno dsitímico (DSM-IV-TR). A título informativo, vale la pena recordar que la distimia se refiere a estados depresivos prolongados, crónicos, que, sin presentar todos los síntomas propios de un trastorno depresivo mayor, se caracterizan por la presencia de síntomas depresivos de intensidad leve o moderada, y suelen darse con un componente importante de ansiedad.

Por último, en este apartado de aspectos clínicos, se da noticia de algunos casos especiales de depresión (depresiones somatógenas, depresiones crónicas, depresiones atípicas y trastorno afectivo estacional) que no aparecen en las ediciones actuales del DSM y la CIE, pero cuya existencia todo clínico conoce.

Con respecto a la "Etiopatogenia", se presentan las principales hipótesis según diferentes modelos teóricos. En la tabla 4 tenéis un pequeño resumen de las principales hipótesis etiológicas.

Tabla 4. Principales hipótesis etiológicas sobre los trastornos depresivos

Genética	• Predisposición genética
Aspectos fisiológicos	• Hipótesis noradrenérgica • Hipótesis indolamínica (serotonina) • Hipersensibilidad colinérgica • Disfunción dopaminérgica • Marcadores neuroendocrinos • Hiperactivación neurofuncional • Alteraciones en las fases del sueño
Modelos cognitivo-conductuales	• Indefensión o desesperanza aprendida • Privación social
Teorías psicodinámicas	• Etapa oral canibalística

Acontecimientos vitales	• Factores precipitantes • Factores de vulnerabilidad

Por último, en "Diagnóstico diferencial", encontraréis los **principales trastornos donde la tristeza puede aparecer como síntoma**. Tened en cuenta que en estos trastornos, la tristeza es secundaria, no primaria.

Ejemplo

En la demencia la persona se siente triste en las fases iniciales porque se da cuenta de que tiene muchos errores de memoria, o en la esquizofrenia catatónica el componente esencial es la inhibición, mientras que en el trastorno depresivo la persona se muestra inhibida porque está triste.

2.2. Trastornos bipolares

Los trastornos bipolares se caracterizan por la presencia de episodios de tristeza patológica y de episodios de euforia en la misma persona. Según la gravedad de los síntomas, el DSM-IV-TR diferencia entre trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico.

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 33, Trastornos bipolares y esquizoafectivos de Vallejo Ruiloba (sólo apartado A, Trastornos bipolares):

Apartados fundamentales de estudio: Epidemiología, Etiopatogenia, Clínica, Diagnóstico diferencial y Curso y evolución.

Apartados complementarios: Introducción, Diagnóstico y clasificación y Tratamiento.

Los trastornos bipolares son uno de los trastornos mentales más descritos de la psicopatología. Areteo de Capadocia (siglo II a. C.) ya documentó casos de agitación maníaca y de inhibición alternantes en una misma persona. En el apartado 1, hemos destacado la importancia histórica del psiquiatra alemán Emil Kraepelin, en el siglo XIX, como el introductor del término *psicosis maniacodepresiva*. Este término, sin embargo, no es totalmente equiparable al más moderno de trastorno bipolar, ya que la psicosis maniacodepresiva, tal como la describió Kraepelin, incluía no sólo cuadros bipolares, sino también algunas formas de depresión unipolar y psicosis. En las clasificaciones actuales, el término ha desaparecido pero todavía perdura su popularidad entre el hombre de a pie.

Cuando se ha abordado el estudio de los trastornos depresivos, se debe hablar de Leonhard (1957), que fue quien introdujo el término *bipolar*. Como habéis visto, este autor observó dos tipos de depresión endógena: formas en las que sólo había antecedentes de fase melancólica, las depresiones unipolares; y formas en las que existen antecedentes de manía, las depresiones bipolares. Pos-

teriormente, Fieve y Dunner (1975) introdujeron una triple división en los trastornos bipolares según la gravedad de los episodios de euforia y diferenciaron entre trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico.

Actividad

En el apartado "Epidemiología", se os presentan datos actualizados sobre los diferentes trastornos bipolares. Con los datos que se os proporcionan, podríais construir un perfil sociodemográfico de la persona afectada de trastorno bipolar.

Como cualquier otro trastorno, los trastornos bipolares están afectados por una multiacausalidad. A continuación (tabla 5), veréis una síntesis de lo que encontraréis desarrollado en el apartado "Etiopatogenia".

Tabla 5. Factores implicados en la génesis de los trastornos bipolares

Factores biológicos	• Neurotransmisores: dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina, GABA, glutamato • Alteraciones de la tiroides • Alteraciones hormonales: estrógeno, hormona del crecimiento • Disfunciones en el transporte iónico • Alteraciones en las fases del sueño • Hallazgos de neuroimagen
Factores psicosociales	• Acontecimientos vitales • Funcionamiento familiar • Personalidad
Factores estacionales	• Patrón estacional
Aspectos psicodinámicos (descritos en el apartado "Clínica")	• Fijación etapa oral

En los trastornos bipolares, los episodios depresivos adquieren las características de un episodio depresivo mayor. Remitimos a lo que anteriormente se ha dicho sobre los trastornos depresivos. En "Clínica", por lo tanto, se describen los síntomas que aparecen en los episodios de euforia patológica.

La euforia patológica se caracteriza por alegría y optimismo desmesurado, que fácilmente se puede convertir sin embargo en irritabilidad, especialmente cuando el entorno contradice a la persona.

El resto de síntomas que se observa en las otras áreas (atención, pensamiento, sensopercepción, piscomotricidad, conducta, memoria, conciencia, orientación, estado somático) proceden de la euforia.

Debemos destacar que el otro gran síntoma que se subraya en estos episodios es la desinhibición del comportamiento, entendido como falta de juicio (en grado variable) sobre la idoneidad de nuestras acciones en una determinada situación.

Ejemplo

Por muy bueno que sea un chiste del que nos acabamos de acordar, no llamaremos a las tres de la madrugada para contárselo a un amigo).

Comprobaréis que en el texto se habla de "manía" e "hipomanía". La **manía** corresponde a la forma más grave de euforia patológica. Todos los síntomas que se describen se presentan en grado superlativo: gran desinhibición conductual, hiperactividad muy marcada, alta labilidad de la atención, etc. Además, puede cursar con delirios, normalmente delirios de tipo megalomaníaco (la persona se cree portadora de una gran inteligencia, belleza, fortuna o capacidades extraordinarias como ser capaz de construir una máquina para paliar los problemas de sequía que existen en el mundo). La manía afecta en gran medida a la vida cotidiana de la persona y a menudo ésta, una vez pasado el episodio, recibe las consecuencias (por ejemplo, se ve metida en créditos bancarios que ha pedido para regalar el dinero a personas desconocidas). Generalmente, requiere de ingreso hospitalario.

Por otra parte, la **hipomanía** es una forma leve de manía. La sintomatología de los episodios hipomaníacos es similar a la del episodio maníaco pero de menor gravedad. En resumen, se podría decir que la euforia y la desinhibición –los síntomas principales– se presentan de manera más atenuada. Tampoco cursará con ideas delirantes, aunque sí con ideas sobrevaloradas sobre uno mismo. En definitiva, la falta de contacto con la realidad no es tan grande como para provocar una clara desadaptación social o laboral, o para requerir la hospitalización.

También se cita en la descripción de la clínica los estados mixtos. Un episodio o estado mixto se caracteriza por una mezcla o sucesión muy rápida a lo largo de un mismo día de síntomas maníacos y depresivos. La sucesión de diferentes estados de ánimo (tristeza, euforia e irritabilidad) es, pues, muy rápida y va acompañada de los otros síntomas característicos de los episodios maníaco y depresivo.

En "Diagnóstico diferencial", como siempre, encontraréis aquellos otros trastornos que pueden cursar con un estado de ánimo expansivo. De hecho, la manía puede aparecer en múltiples enfermedades orgánicas y por ingesta de drogas. Además, también encontraréis los trastornos psicopatológicos con los que deberá realizarse el diagnóstico diferencial. De gran ayuda para diferenciar entre los trastornos bipolares y otros trastornos psicopatológicos son los datos relativos al curso.

Ved también

Tenéis los datos de "Curso y evolución" resumidos en la tabla 33-5 del libro de estudio.

Complementando la información que tenéis en el capítulo de Vallejo, y para poder entender mejor los trastornos bipolares, vamos a definir los tres tipos principales.

El trastorno bipolar I se caracteriza por la presencia de episodios maníacos o episodios mixtos. Frecuentemente, también se encuentran antecedentes de episodios depresivos mayores.

El caso con el que se iniciaba el estudio de este tema es el de un trastorno bipolar I.

La clínica del trastorno bipolar II se caracteriza por antecedentes de episodios depresivos mayores y de episodios hipomaníacos. Y, por último, el trastorno ciclotímico se caracteriza por períodos de síntomas hipomaníacos y por períodos de síntomas depresivos, pero estos síntomas no alcanzan la gravedad suficiente como para ser diagnosticado como episodio maníaco y episodio depresivo mayor, respectivamente, aunque estos períodos sintomáticos repercuten significativamente en la conducta de la persona, pero sin provocar una gran desadaptación social o laboral.

3. Trastornos de ansiedad

Caso clínico

M. F. es una chica de 27 años, casada desde hace muy poco, con problemas de pareja a causa de sus "manías".

Acude a la consulta acompañada de su madre, una mujer todavía joven y atractiva, que minimiza los problemas de la hija, diciendo que ella también sufrió una situación parecida y que logró superarla.

La chica se muestra colaboradora y complaciente, y manifiesta que se siente desvalida y deprimida, que tiene sentimientos de fracaso y que piensa en el suicidio como única salida.

Expone que ya de pequeña era tímida y discreta, que sus pocas amigas siempre eran más fuertes que ella, y a menudo se sentía inferior y obligada a obedecer. Era estudiosa y arreglada, e inició estudios de Medicina, pero los abandonó porque le venían a la cabeza pensamientos horribles": "Sentía que me pasaba algo –explica–, pensaba que nunca podría ser médico y ayudar a la gente... Me venían a la cabeza palabras como *aborto*, *incisión*, *herida* y *contagio*... Lo dejé porque pensaba que enloquecería".

Dejó sus estudios y se puso a trabajar en la empresa familiar; al cabo de poco tiempo conoció a un chico extranjero y fueron novios a distancia, sin problemas aparentes y manteniendo sólo como conducta algo extraña una excesiva inclinación hacia la limpieza, que ella justificaba por el hecho de trabajar con productos alimentarios.

Se casó y se fue a vivir al país de su marido. "La primera noche fue un desastre; me vinieron a la cabeza otra vez las palabras *herida* y *contagio*, y supe que mi matrimonio sería un fracaso".

Gracias a su marido encontró trabajo en un gabinete médico, y los síntomas se agravaron un poco más. Debía lavar la ropa a mano y pieza por pieza, por el miedo al contagio, y rehuía las relaciones sexuales: "Tenía terror a quedarme embarazada"; compraba la ropa sin probársela, por miedo a contagiar o contagiarse, y no se podía comprar zapatos porque los consideraba muy peligrosos, pero al mismo tiempo sentía por ellos una atracción extraña y ambivalente, que la hacía detenerse frente a las zapaterías y pasar horas dudando. "Quería entrar y comprarme unos zapatos, pero sabía que nunca lo conseguiría; me moría de vergüenza de llevar los zapatos tan viejos".

Finalmente, ha aceptado que con una ayuda profesional quizá podría vencer sus "manías".
(Masip, 1997)

Actividad

¿Qué sintomatología se observa en el caso? ¿De qué trastorno podría tratarse? ¿Hay conciencia de trastorno?

Bajo el epígrafe de trastornos de ansiedad se agrupan diferentes cuadros clínicos que tienen en común la presencia de una gran ansiedad que puede dificultar en grado variable la actividad cotidiana de la persona.

Pero, ¿qué es la ansiedad? Todos tenemos una idea de lo que significa la palabra *ansiedad* porque todos la hemos sufrido en más de una ocasión.

Asociaríamos ansiedad con nerviosismo, tensión, malestar subjetivo, miedo, preocupación excesiva, etc.

La ansiedad es una reacción que puede darse tanto en un contexto de normalidad como de anormalidad. Por ejemplo, es comprensible que presentemos signos de ansiedad ante una entrevista de trabajo, en época de exámenes, etc.; es comprensible, pero también adaptativo: un nivel adecuado de ansiedad nos hace estar atentos de cuanto ocurre a nuestro alrededor para dar la respuesta adecuada. En este sentido, la ansiedad es un estado general de activación del organismo que lo prepara para la acción.

La **ansiedad clínica**, por otra parte, tiene las mismas manifestaciones que la ansiedad no patológica, pero su desencadenamiento no está asociado a una situación que la justifique: sencillamente, la persona se siente nerviosa, tensa, sin motivo aparente; o si existe algún motivo, éste es trivial o injustificado.

La ansiedad, tanto la "normal" como la clínica, tiene manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales pero no necesariamente deben presentarse los tres tipos de manifestación con la misma intensidad.

A grandes rasgos, la diferencia entre la ansiedad normal y la ansiedad clínica radica en diferencias en la intensidad, la duración y el estímulo que provoca su aparición (el desencadenamiento de la ansiedad clínica o bien no se puede asociar, aparentemente, a una causa, o bien el estímulo que la provoca es desproporcionado a la reacción ansiosa).

Además, dentro de la ansiedad clínica, se ha diferenciado entre ansiedad flotante y ansiedad aguda. La ansiedad flotante o difusa hace referencia a un estado de ansiedad de intensidad leve o moderada pero constante y persistente en la vida de la persona (es lo que sucede, por ejemplo, en el trastorno de ansiedad generalizada), mientras que la ansiedad aguda hace referencia a la presentación puntual pero muy intensa de la ansiedad (por ejemplo, en las crisis de angustia).

Una última aclaración de tipo lingüístico. Los términos *ansiedad* y *angustia* a menudo se utilizan como sinónimos y éste es su uso actual; nosotros también utilizaremos estos términos indistintamente. Sin embargo, en la tradición psicopatológica más clásica, la palabra *ansiedad* se relacionaba con el componente psíquico de esta emoción y el término *angustia* hacía referencia al componente somático.

Dentro de los trastornos de ansiedad, podemos distinguir: crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobias y trastorno obsesivocompulsivo.

3.1. Crisis de angustia y trastorno de ansiedad generalizada

Tal como nosotros hemos destacado en el inicio de este apartado, en la "Introducción" que realiza Vallejo Ruiloba del capítulo 25 se habla de las diferencias entre ansiedad normal y patológica, entre ansiedad primaria y ansiedad secundaria (de hecho, la ansiedad como síntoma está presente en muchos trastornos), y entre estado de ansiedad y ansiedad rasgo. Es importante que entendáis estas diferencias para poder llevar a cabo una buena conceptualización de lo que son los trastornos de ansiedad y diferenciarlos de la ansiedad como síntoma y de la ansiedad como reacción adaptativa de la persona.

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 25, Trastornos de angustia de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Introducción, Datos epidemiológicos y estadísticos, Etiopatogenia, Aspectos clínicos, Diagnóstico diferencial y Curso y pronóstico.

Apartados complementarios: Clasificación y Tratamiento.

Bibliografía recomendada: Capítulo 24, Neurosis: generalidades de Vallejo Ruiloba.

De hecho, la ansiedad es una reacción muy frecuente, tanto en contextos psicopatológicos como en contextos de normalidad, como se comenta en el apartado "Datos epidemiológicos y estadísticos".

En cuanto a la "Etiopatogenia", en la tabla 6 se presenta un resumen de los principales factores que se hipotetiza que están en la base de los trastornos de ansiedad, en concreto de las crisis de ansiedad y del trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 6. Factores implicados en los trastornos de ansiedad

Genética	• Prevalencia elevada en familiares de primer grado • Interacción con los factores ambientales y de personalidad
Biología	• Hipótesis de la falsa alarma de sofocación • Implicación del sistema noradrenérgico, del GABA y de la serotonina • Neuroimagen: asimetrías parahipocámpicas • Modelo neuroanatómico: tronco cerebral (*locus coeruleus*), sistema límbico y córtex prefrontal
Teorías conductistas	• Descripción del mecanismo de mantenimiento de las crisis de angustia

Cognición	• La interpretación cognitiva amenazante como causante del aumento del arousal • Factores cognitivos implicados en las crisis de angustia: estructuras cognitivas desadaptativas, procesos cognitivos peculiares y productos cognitivos. • Tipos de cognición presentes en la ansiedad generalizada: **a)** tipo 1, en relación con preocupaciones externas y sensaciones corporales; **b)** tipo 2, en relación con intentos por suprimir cogniciones distorsionantes
Modelos animales. Ansiedad por separación	• Teoría del pánico de Klein: alteración de los mecanismos innatos subyacentes a la ansiedad de separación • Factor de riesgo: antecedentes personales de ansiedad de separación
Teorías dinámicas	• La ansiedad como defensa del yo ante conflictos importantes provenientes del ello o del euperyo
Acontecimientos de vida	• Presencia de acontecimientos precipitantes de índole muy variada (conflictos internos, ambientales, etc.), especialmente en crisis de angustia

En "Aspectos clínicos", se describen dos trastornos en los que la ansiedad es el núcleo primario: las crisis de angustia (o ataques de pánico) y los trastornos de ansiedad generalizada.

En el caso de las **crisis de angustia**, la manifestación somática de la ansiedad se presenta de manera intensa y súbita por un período corto de tiempo. A la manifestación somática se le suman pensamientos de terror, miedo o locura. Además, a partir de la primera crisis, la persona desarrolla ansiedad anticipatoria (miedo a que una nueva crisis aparezca) y que a menudo tiene como consecuencia la aparición de conductas de evitación (por ejemplo, se evita ir a la situación donde ocurrió la crisis). En la tabla 25-2 del libro de texto (pág. 379) encontraréis un listado de los síntomas más típicos presentes en un ataque de ansiedad.

En cambio, la característica principal del **trastorno de ansiedad** generalizada es la presencia de ansiedad flotante, en concreto, un estado de preocupación constante y excesiva sobre diferentes circunstancias de la vida cotidiana: la salud, la familia, el trabajo, los asuntos económicos, etc. A menudo, la persona tiene dificultades para puntualizar con exactitud qué es lo que le provoca ese estado de alerta continuo. En definitiva, hay preocupaciones constantes, inquietudes e inseguridades desproporcionadas respecto a la realidad.

En común, los dos trastornos tienen su tendencia a la cronicidad (podéis ampliar esta información en el apartado "Curso y pronóstico").

Ya hemos comentado antes que la ansiedad como síntoma puede aparecer en multitud de trastornos, tanto orgánicos como psíquicos. En el apartado de "Diagnóstico diferencial", encontraréis los principales diagnósticos diferenciales que se deben realizar en el caso de estos dos trastornos.

3.2. Fobias

Podemos definir la fobia como el miedo irracional a un estímulo –objeto, actividad o situación– que provoca la necesidad imperiosa de evitarlo. El miedo es exagerado y desproporcionado al estímulo que lo provoca y a menudo la persona así lo reconoce, pero es una reacción que no está bajo su control voluntario.

Ved también

Estos puntos definitorios de fobia los tenéis al final del apartado "Introducción" del capítulo de estudio.

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 26, Fobias de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Introducción, Datos epidemiológicos y estadísticos, Clasificación de las fobias. Aspectos clínicos, Etiopatogenia, Diagnóstico diferencial Y Curso y pronóstico.

Apartados complementarios: Personalidad fóbica y tratamiento.

Bibliografía recomendada: Capítulo 24, Neurosis: generalidades de Vallejo Ruiloba.

La ansiedad está en la base de los miedos y las fobias.

El miedo es el estado emocional provocado por un estímulo o una situación concreta y objetivamente peligrosa.

Ejemplo

A la ansiedad que se siente ante catástrofes naturales la podemos denominar miedo.

La fobia es un miedo irracional porque el estímulo o la situación que la provoca no es objetiva o culturalmente peligrosa.

Ejemplo

La ansiedad que se puede sentir al utilizar un ascensor es un tipo de fobia.

Ved también

Si queréis saber más diferencias entre miedo, ansiedad flotante (que es el tipo de ansiedad de base en el trastorno de ansiedad generalizada) y fobia, podéis consultar la tabla 7.

Tabla 7. Diferencias entre miedo, ansiedad flotante y fobia

Miedo		Ansiedad flotante	Fobia
Respuesta fisiológica	Activación vegetativa	Activación vegetativa	Activación vegetativa
Respuesta psicológica	Huida y/o afrontamiento	Alteraciones cognitivas y/o conductuales	Huida y/o afrontamiento
Estímulo provocador	Concreto, real y peligroso	Difuso, subjetivamente peligroso. En ocasiones, inexistente	Concreto, subjetivamente peligroso
Tipo de respuesta	Reactiva y transitoria	General y duradera	Reactiva y transitoria
Respuesta de los otros	Compartida	No compartida	No compartida

Información extraída de Jarne y Talarn, 2000

En la etapa de la infancia, aparecen muchos miedos pero éstos no serían fobias en el sentido clínico del término, ya que son evolutivos y desaparecen con el tiempo. Sin embargo, las fobias en adolescentes y adultos son un cuadro bastante frecuente, tal y como tenéis apuntado en "Datos epidemiológicos y estadísticos".

En la tabla 26-1 (pág. 390) del capítulo de estudio, dentro del apartado "Clasificación de las fobias. Aspectos clínicos", encontraréis una lista con los temores fóbicos más frecuentes. Sin embargo, desde el punto de vista del diagnóstico, se tiende a simplificar y tienen cabida tres diagnósticos en esta área: agorafobia, fobia social y fobia específica.

- La **agorafobia** es la aparición de ansiedad y comportamientos de evitación en lugares o situaciones de los que sería difícil huir o pedir ayuda (por ejemplo, un cine, un supermercado, el metro, un ascensor, etc.) si ocurriera alguna emergencia. En muchos casos, la agorafobia ha sido precedida por crisis de angustia.

- La **fobia social** es la aparición de ansiedad y comportamientos de evitación en situaciones sociales, como hablar en público, comer en público o ir a entrevistas o fiestas.

- Y las **fobias específicas** se refieren a la aparición de ansiedad y comportamientos de evitación debido a la exposición de determinados estímulos específicos. Aquí se encontrarían las fobias a determinados animales, al mar, a cruzar puentes, a tomar el ascensor, a viajar en avión, a la sangre, etc.

Esta clasificación no implica que cada grupo tenga una etiología diferente o diferencias notorias en el curso; es una clasificación basada en la frecuencia de consultas que genera cada grupo. Así, la agorafobia y la fobia social son los principales motivos de consulta por fobia, mientras que el cajón de sastre que forman el grupo de las fobias específicas no suele interferir excesivamente en la vida de la persona y no es motivo de consulta (a no ser que interfiera en la vida laboral, por ejemplo, como en el caso de la fobia a viajar en avión).

Desde el campo de la psicología, se han formulado bastantes hipótesis en relación con la "Etiopatogenia" de las fobias. En la tabla 8 tenéis un resumen.

Tabla 8. Modelos y teorías sobre el origen y mantenimiento de las fobias

Modelo de ansiedad fóbica	• Factores en la génesis de la ansiedad: ambiente y experiencias tempranas, estrés y alta ansiedad • Factores en la aparición de la conducta de evitación: presencia de crisis de angustia
Psicoanálisis	• Las fobias son la expresión de un peligro o conflicto interno que se simboliza en el exterior • Mecanismos de defensa: represión, proyección, desplazamiento
Teorías del aprendizaje	• Procesos de aprendizaje de condicionamiento clásico • Mecanismos implicados: generalización del estímulo primario, condicionamiento de orden superior y generalización secundaria • Teoría bifactorial de Mowrer: procesos de aprendizaje tanto de condicionamiento clásico como operante
Modelo de Mathews, Gelder y Johnston	• Vulnerabilidad a sufrir fobias determinadas por: ambiente familiar precoz inadecuado, alto nivel de ansiedad, factores estresantes inespecíficos, tendencia a la evitación y la dependencia • Factores mantenedores: influencias aversivas externas, conducta de evitación y rol de enfermo reforzados por el entorno

Normalmente, el diagnóstico de una fobia no es excesivamente complicado, aunque se puede confundir en ocasiones con un trastorno obsesivocompulsivo. Podéis consultar el apartado "Diagnóstico diferencial" para ampliar este punto.

El curso y pronóstico de las fobias suelen ser crónicos si no son tratados.

3.3. Trastorno obsesivocompulsivo

El trastorno obsesivocompulsivo se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos u obsesiones que aparecen en la mente de la persona sin poder evitarlos y por actos compulsivos o compulsiones, tampoco deseados por la persona, que a menudo intentan calmar la ansiedad despertada por las obsesiones.

Ved también

Podéis completar el estudio del trastorno obsesivocompulsivo con la lectura de los apartados "Diagnóstico diferencial" y "Curso y pronóstico".

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 28, Trastornos obsesivos de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Introducción, Datos epidemiológicos y estadísticos, Aspectos clínicos, Etiopatogenia, Diagnóstico diferencial y Curso y pronóstico.

Apartados complementarios: Introducción, Personalidad obsesiva y Tratamiento.

Bibliografía recomendada: Capítulo 24, Neurosis: generalidades de Vallejo Ruiloba.

Tanto las obsesiones como las compulsiones resultan desagradables porque la persona las experimenta como contrarias a su voluntad. A menudo el individuo lucha inútilmente contra ellas, por ejemplo, intenta no cometer los actos compulsivos, pero lo único que consigue es aumentar su malestar y ansiedad.

Una obsesión es una idea, palabra, imagen, recuerdo..., cualquier contenido mental que se impone en el pensamiento de manera intrusiva (involuntaria, no deseada) y produce ansiedad y malestar. A diferencia de las ideas delirantes, la persona identifica que la obsesión proviene de su pensamiento: aunque no puede controlar su aparición o cese, realiza una interpretación delirante.

Las compulsiones son conductas u operaciones mentales que la persona ejecuta para reducir la ansiedad producida generalmente por la idea obsesiva.

Las conductas compulsivas se manifiestan a menudo como exageraciones o caricaturas de un comportamiento habitual: lavados repetitivos de manos, verificación meticulosa y exagerada de las llaves de paso, comprobación incansable de si la ropa del armario está bien ordenada, etc. Pero las compulsiones también pueden ser operaciones mentales, como rezar, repetir determinadas palabras, sumar los números de las matrículas de los coches, etc., rituales que también pueden calmar la ansiedad. Las compulsiones adoptan la forma de verdaderos rituales que deben ser ejecutados de una determinada manera para que sean eficaces.

Podéis ampliar vuestros conocimientos sobre las manifestaciones clínicas del TOC y los factores asociados en los apartados "Datos epidemiológicos y estadísticas" y "Aspectos clínicos" del material de estudio.

En "Etiopatogenia", tenéis descritas las principales teorías, aunque el autor del capítulo se decanta por una etiología multifactorial donde tienen cabida factores genéticos, biológicos, educativos y psicosociales. Tenéis un resumen de ellas en la tabla 9.

Tabla 9. Principales teorías sobre el trastorno obsesivocompulsivo

Teorías biológicas	• Bioquímica: 5-HT, dopamina, noradrenalina • Neuroanatomía: disfunciones del lóbulo frontal, circuito de Alexander, disfunciones interhemisféricas
Hipótesis psicofisiodinámicas	• Janet: descenso de la actividad psíquica general y tendencia a los automatismos psíquicos • Montserrat-Esteve: importancia de los estados afectivos durante la infancia
Teorías conductistas	• Modelo bifactorial: procesos de condicionamiento clásico y de refuerzo negativo en la base de las compulsiones

Teorías cognitivas	• Importancia de las creencias irracionales • Interpretación de los pensamientos intrusos en forma catastrófica, errónea o de pensamiento mágico
Teorías psicodinámicas	• Regresión al estadio sadicoanal • Superyo sádico • Pensamiento mágico y omnipotente
Cibernética	• Deficiencias en la captación de estímulos • Desajustes en la comparación de la información externa y los patrones internos • Errores en los mecanismos de excitación-inhibición

4. Histeria

Caso clínico

Nuria es una mujer de cuarenta y dos años. Es ama de casa y convive con su marido y sus dos hijos. Acude a consulta psicológica, preocupada y angustiada porque frecuentemente nota cierta falta de equilibrio, "le tiemblan las piernas", hecho que la obliga a sentarse, tiene ganas de llorar, cree "tener un nudo en el cuello" y "se queda sin voz". Comenta que desde hace tiempo ha ido haciendo consultas a varios especialistas, pero ninguno ha encontrado una causa orgánica a sus molestias. Cuando habla de su situación familiar, explica que está muy tranquila por la mañana, cuando está sola, haciendo las tareas de casa. Sin embargo, cuando se acerca el momento en el que su marido vuelve del trabajo, empieza a sentirse tensa. Dice que él es muy nervioso, suele llegar de mal humor y que por pequeñas cosas se exalta y la maltrata verbalmente (insultos, amenazas, etc.). Ha observado que cuando aumenta la tensión entre todos, aparecen sus síntomas. Para recuperarse, necesita descansar y dormir durante unas horas.
(Jarne et al., 2002)

Actividad

¿Qué sintomatología se observa en el caso? ¿Es importante en el caso la influencia de factores psicológicos y familiares? ¿De qué trastorno podría tratarse? ¿Qué características del caso descartan que se trate de una simulación?

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 27, Histeria de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Datos epidemiológicos y estadísticos, Etiopatogenia, Aspectos clínicos, Personalidad histérica, Diagnóstico diferencial y Curso y pronóstico.

Apartados complementarios: Introducción, Clasificación, Histeria masculina y Tratamiento.

Bibliografía recomendada: Capítulo 29, Otros trastornos neuróticos y psicosomáticos de Vallejo Ruiloba.

Si antes hemos dicho que los trastornos psicóticos seguramente son el paradigma de "locura" para la cultura popular, ahora podríamos decir que la histeria es el paradigma de la "neurosis" para el hombre de a pie. De hecho, todavía en nuestro lenguaje permanecen expresiones del tipo "es una histérica" cuando queremos referirnos o bien a una persona un tanto infantil, egocéntrica, seductora, etc., o bien a una persona que siempre se está quejando de muchos males pero para quien nunca se encuentra un diagnóstico médico. También decimos que "estamos histéricos" cuando la situación nos sobrepasa y estamos un poco estresados.

Histeria es el término clásico que agrupa un conjunto de trastornos que tienen en su base o bien el mecanismo de disociación, o bien el mecanismo de conversión.

Antes de explicar estos dos mecanismos, debemos hacer alguna aclaración de terminología.

Clásicamente, se ha considerado que la histeria tiene dos grandes manifestaciones: la **histeria de disociación** y la **histeria de conversión**. Tal y como tenéis explicado en la "Introducción" del capítulo 27, desde la publicación de la tercera edición del DSM, el término *histeria* ha desaparecido de las taxonomías oficiales (en gran medida motivado porque es un término que se asocia a planteamientos psicoanalíticos), aunque, evidentemente, no los trastornos que éste engloba. Ahora, las diferentes manifestaciones de histeria aparecen tanto en el DSM-IV-TR como en la CIE-10 bajo el nombre de trastornos disociativos y trastornos somatomorfos. En la tabla 27-1 (pág. 404) del libro de estudio, encontraréis la clasificación moderna de los trastornos histéricos.

Una vez aclarada esta cuestión terminológica, hablaremos de los dos mecanismos que se han descrito asociados a la histeria. Debemos decir que son mecanismos propuestos desde el paradigma psicoanalítico y, por lo tanto, no todos los autores aceptarían su papel en la histeria. Si optamos por describirlos es porque creemos que puede ayudaros a conceptualizar qué es la histeria y cómo es posible que trastornos aparentemente tan diferentes entre sí (podéis consultar el DSM-IV-TR y comparar, por ejemplo, el trastorno de identidad disociativo –lo que antes se conocía como personalidad múltiple– y el trastorno de somatización) se hayan englobado durante muchos años bajo el término genérico de *histeria*. Por lo tanto, la introducción de la explicación de los mecanismos de disociación y de conversión responde más a cuestiones didácticas que a explicaciones aceptadas por toda la comunidad científica. Hechas estas aclaraciones, pasamos a describir estos dos mecanismos.

Se han descrito dos mecanismos psicológicos en la histeria de tipo inconsciente (en el sentido de involuntarios; evidentemente para el psicoanálisis son mecanismos de defensa inconscientes del yo ante las exigencias del ello): el mecanismo de la disociación y el mecanismo de la conversión.

- La **disociación** está relacionada con una alteración de la conciencia en la que la personalidad queda alterada. Podemos decir que la integración de las diferentes funciones de la personalidad (la memoria, la conciencia, la percepción, la motilidad, etc.) permite la construcción de nuestra identidad. Así, normalmente, tenemos control sobre qué recuerdos deseamos traer a la conciencia o qué movimientos queremos realizar.

En determinados estados, esta integración parece alterarse. Es el caso, por ejemplo, del sonambulismo: la persona se levanta de la cama, anda por la habitación, habla, etc., actividades que se realizan sin que la persona esté despierta. Podríamos decir que se llevan a cabo al margen de su personalidad o, cuando menos, al margen de su conciencia; de hecho, el episodio de sonambulismo no se recuerda al despertar.

Algo parecido sucede en la actividad de soñar: cuando soñamos es frecuente que hablemos, que nos movamos, que tengamos percepciones muy vívidas (¿quién no se ha despertado alguna vez asustado pensando que se caía?). Todo ocurre sin ningún control consciente por nuestra parte.

Por lo tanto, hay fenómenos de la vida psíquica que parecen operar al margen de nuestra conciencia, como es el caso del sonambulismo, de los sueños o de la hipnosis. Todos estos fenómenos, por otra parte naturales, no afectan ni a nuestra identidad ni a nuestra integridad psíquica.

Así pues, habría estados en los que la integración de la personalidad ha fallado, ya que conductas, recuerdos, etc., que forman parte de la vida de la persona, son vividos como ajenos. Esto es lo que sucede en los trastornos disociativos, donde se produce una ruptura o una escisión de la conciencia.

Esta alteración de las funciones integradoras puede ser transitoria o crónica, y abarcar parcelas más o menos grandes de la vida psíquica de la persona. Así, la disociación se expresa en un amplio abanico de situaciones: desde no poder evocar ciertos recuerdos (amnesia disociativa) hasta manifestaciones más espectaculares como llevar una doble vida (trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple).

- La **conversión**, en cambio, se expresaría por medio del cuerpo. Normalmente, los síntomas son semejantes a los efectos de una lesión u otra anomalía nerviosa (parálisis, analgesias, etc.), pero sin poder objetivar una base orgánica. En la conversión, se presentan reiteradamente síntomas físicos que recuerdan los de alguna enfermedad médica, en este caso sin que se pueda hacer patente (aunque la persona siente *realmente* las molestias que describe). Además, la persona demanda persistentemente que le hagan exploraciones físicas a pesar de los repetidos resultados negativos de exploraciones anteriores.

Frecuentemente, se observa un comportamiento de demanda de atención, especialmente cuando la persona se siente resentida con los médicos porque no los ha podido convencer de que sus dolencias son de naturaleza sobre todo somática y que tiene la necesidad de más exámenes adicionales.

Del apartado "Datos epidemiológicos y estadísticos" destacaríamos que los diagnósticos asociados a algún trastorno histérico han disminuido drásticamente con el paso del tiempo y continúan siendo trastornos que se presentan mayoritariamente en mujeres, aunque es posible que su manifestación en hombres quede encubierta por formas atípicas de presentación (hay algún autor que postula que el equivalente a la histeria en mujeres sería la psicopatía en hombres).

Después de leer el apartado "Etiopatogenia", veréis que es especialmente difícil integrar los diferentes datos recopilados sobre las manifestaciones de la histeria. Lo que es evidente es que los factores psicosociales tienen un gran peso en la génesis y el mantenimiento de la histeria, mientras que los aspectos biológicos pierden importancia. En la tabla 10, se presentan tres teorías sobre la histeria.

Tabla 10. Teorías sobre la histeria

Organicistas	• **Predominio de procesos inhibitorios** • **Aspectos biológicos más implicados en las manifestaciones relacionadas con somatización**
Conductistas	• **Refuerzo o ganancia primaria**
Psicoanálisis	• **Represión y regresión a la etapa fálica (edípica); evitación de la angustia de castración** • **Mecanismo de desplazamiento en la somatización**

En "Aspectos clínicos", el autor del capítulo deja de lado la clasificación de la OMS y de la APA y opta por describir diferentes manifestaciones histéricas (manifestaciones que no corresponden a ningún trastorno en concreto de los descritos en el DSM y en la CIE) agrupadas en dos grandes grupos: "accidentes somáticos", que corresponderían a efectos del mecanismo de conversión, y "accidentes psíquicos", que corresponderían a efectos del mecanismo de disociación. Lo que encontráis descrito en estos dos epígrafes serían síntomas histéricos, síntomas que pueden aparecer en los diferentes trastornos histéricos que tenéis explicados en la tabla 27-1 del libro. Así, algunos de los accidentes somáticos persistentes que describe Vallejo son síntomas de lo que la CIE-10 denomina trastornos disociativos de la motilidad. Otro ejemplo: los trastornos de la memoria descritos en los accidentes psíquicos son alteraciones presentes en la amnesia disociativa o en la fuga disociativa.

Dentro de las manifestaciones de la histeria, debemos hablar de una "personalidad histérica". En el capítulo de Vallejo, se enumeran los principales rasgos, aunque hay que remarcar que no en todos los casos en los que existe un trastorno histérico, se presenta claramente una personalidad histérica.

Está claro que, en el caso de los accidentes somáticos, es muy importante realizar un buen "diagnóstico diferencial" con cuadros orgánicos, tal como tenéis descrito en el capítulo. También es importante en todos los casos de histeria asegurarse de que no se trata de una simulación.

Por último, con respecto al curso y pronóstico, habría que destacar que la histeria es de curso crónico y muy influido por circunstancias psicosociales.

5. Trastornos de la personalidad

Caso clínico

Se trata de una mujer de 27 años, casada y con dos hijos pequeños. Durante la adolescencia, se vio forzada a mantener relaciones sexuales con un hermanastro seis años mayor que ella, a quien primero idolatró y después temió. Esta relación continuó hasta que se marchó de casa para ir a la universidad, en otra ciudad. Una vez en la universidad, pudo hablar a sus padres de la relación incestuosa con el hermanastro; hablar del asunto con sus padres le provocó una fuerte crisis emocional e intentó suicidarse (con una sobredosis de aspirinas), pero no fue necesario hospitalizarla. Era una chica coqueta, aunque en su interior era tímida y se sentía incómoda con ella misma y muy sola. En un intento de superar su ansiedad y la sensación de vacío interno, pasó por un breve período de abuso (no excesivo) del alcohol y de aventuras sexuales. A los 19 años, se casó con un compañero de clase y dejó los estudios.

Durante los primeros años de matrimonio se sentía ansiosa y aburrida; tampoco disfrutaba de las relaciones sexuales, no se sentía atraída sexualmente por su marido. Después del nacimiento del segundo hijo, pasó por una época de labilidad emocional, con tendencia a la tristeza y a llorar. Su estado de ánimo variaba notablemente de una hora a otra, de un día a otro, pero los sentimientos negativos se intensificaban especialmente los tres o cuatro días anteriores a la menstruación. La relación con el marido se fue deteriorando; él pasaba poco tiempo con la familia y ella se volvió cada vez más irritable. El esposo empezó una relación extramatrimonial, que más adelante ella descubrió. Esto la hizo sentirse muy deprimida: empezó a abusar del alcohol y de los sedantes, a tener problemas de sueño y tuvo varios intentos de suicidio: una vez se cortó las venas y dejó una nota en la que pedía disculpas por ser un "fracaso" como esposa y madre. En dos ocasiones, pasó la noche fuera de casa sin informar a nadie de dónde estaba. En estas ocasiones, se llevaba a su hija mayor de ocho años para protegerla de las "malas intenciones" de su marido con la hija. Más tarde, consideraba sus sospechas irreales pero era incapaz de eliminar las dudas que experimentaba.
(DSM-IV. Libro de casos, 2000)

Actividad

¿Qué síntomas observáis? ¿Se podría tratar de un trastorno de la personalidad? ¿De cuál? ¿Se podría realizar, además, el diagnóstico de algún trastorno del eje I?

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 34, Trastornos de la personalidad de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: La personalidad trastornada y Trastornos de la personalidad.

Apartados complementarios: ¿Existe la personalidad? y Los trastornos de la personalidad ¿tienen tratamiento?

Si aceptamos que la personalidad resume la idiosincrasia, la "manera de ser," de cada uno, no cabe duda de que pueden existir personalidades trastornadas.

Los rasgos de personalidad sólo constituyen *trastornos de la personalidad* cuando son inflexibles y claramente desadaptativos, de manera que causan un gran malestar subjetivo y/o provocan un importante deterioro social, laboral o de cualquier otra área importante de la actividad humana.

Los trastornos de la personalidad se inician en la adolescencia, momento en el que se considera que la personalidad acaba de formarse, o al principio de la edad adulta, y se caracterizan por patrones de comportamiento estables a lo largo del tiempo que implican malestar o perjuicios importantes en el sujeto que los presenta.

Se han reconocido diez trastornos específicos de la personalidad, que se agrupan en tres grandes grupos, tal como tenéis detallado en el apartado "Trastornos de la personalidad" del material de estudio:

a) Sujetos extraños: trastornos de la personalidad que describen sujetos con graves dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales

Son sujetos descritos por los otros como extraños o extravagantes. Se caracterizan por una marcada incapacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales a causa de una acusada introversión, falta de sintonía y calidez, así como una grave dificultad para aprender las habilidades sociales más elementales.

Formarían parte de este grupo el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Después de leer la información sobre estos tres trastornos de la personalidad, podéis preguntaros qué relación y diferencia se establece con los trastornos psicóticos. Fijaos en que estos trastornos de la personalidad no cursan con síntomas psicóticos, mientras que la esquizofrenia y la paranoia sí. Por otra parte, la comorbilidad es posible: tener alguno de estos trastornos es un factor de riesgo para desarrollar algún tipo de trastorno psicótico.

b) Trastornos de la personalidad que describen sujetos inmaduros

En este grupo se encuentran aquellos sujetos que muestran una gran labilidad afectiva y que expresan sus emociones a menudo en forma de conductas descontroladas o socialmente inconvenientes.

El trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad son los cuatro tipos de trastornos de la personalidad de este grupo.

Como en el grupo anterior, existe un factor de riesgo para desarrollar algún tipo de trastorno inscrito en el eje I, especialmente en el caso del trastorno límite de la personalidad que a menudo cursa con cuadros psicóticos o afectivos.

c) Trastornos de la personalidad que describen a sujetos temerosos

Aquí encontramos personas extraordinariamente sensibles a las situaciones que las rodean. Ante situaciones que objetivamente no son amenazantes, se responde con intensas reacciones emocionales. Tienen miedo de ir a la escuela, de hacer el ridículo, miedo a fracasar, miedo a los otros, etc. En general, miedo a cualquier incertidumbre o novedad. A lo largo de su vida, no han sido capaces de adquirir la suficiente seguridad emocional y de convicción de control sobre las situaciones que viven.

Los trastornos de personalidad que constituyen este grupo son el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno de la personalidad por dependencia y el trastorno obsesivocompulsivo de la personalidad.

Fijaos en que a menudo en la base de un trastorno obsesivocompulsivo existe una personalidad obsesiva, que puede estar trastornada o no (aquí el paralelismo sería parecido al que hicimos en el apartado 1 al hablar de la paranoia y su relación con el trastorno paranoide de la personalidad). Ahora bien, siempre habrá unos rasgos obsesivos de personalidad en el caso del trastorno obsesivocompulsivo.

Prestad también atención en que puede ser difícil distinguir entre el trastorno de la personalidad por evitación y la fobia social generalizada.

6. Trastornos de la sexualidad

Caso clínico

José Antonio, de 41 años, es una persona con una discapacidad intelectual ligera. Trabaja de conserje en una finca. Vive con sus padres y una hermana. Acude a la consulta acompañado por sus padres. Los padres explican que la convivencia en casa se ha ido deteriorando progresivamente, ya que José Antonio en su tiempo de ocio no quiere salir a la calle, ni relacionarse con nadie. Su tiempo libre lo pasa viendo películas, siempre las mismas (la saga de *El Señor de los Anillos*), jugar con la "maquinita de matar marcianos", según palabras textuales de los padres, y disfrazarse.

Los padres comentan que, por otra parte, desde hace un año aproximadamente, las peleas con la hermana son continuas. El motivo de estas peleas es que José Antonio se pone las botas y las medias de la hermana y se las deforma y rompe. Los padres creen que es para disfrazarse de *El Señor de los Anillos*.

Durante la entrevista con José Antonio, éste comenta que quiere estar en casa para ponerse las botas y las medias de su hermana, dice que eso le produce placer y que, con frecuencia, cuando está así vestido, eyacula espontáneamente. Dice que no entiende por qué le pasa, pues él no se masturba. Continúa explicando que prefiere estar en casa para conseguir estar solo y buscar las botas y las medias de la hermana. Explica que se enfada porque la hermana las esconde.

Comenta que siempre le han gustado las botas de tacón de mujer e incluso recuerda que hace años acariciaba las botas de su madre, las olfateaba y se excitaba, aunque no llegaba a eyacular.

Dice que no tiene relaciones sexuales con nadie ni se masturba; en ocasiones tiene poluciones nocturnas pero no sabe por qué le pasa.
(Martínez de Ubago, 2008)

Actividad

¿Qué sintomatología se observa en el caso expuesto? ¿Se podría hacer, además, el diagnóstico de algún trastorno del eje I o II?

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 19, Conducta y patología sexual de Vallejo Ruiloba:

Apartados fundamentales de estudio: Trastornos de la identidad sexual, Respuesta sexual humana y disfunciones psicosexuales y Parafilias.

Apartados complementarios: Introducción, Diferenciación sexual y todos los subapartados que abordan el tratamiento.

No podemos entender los trastornos de la sexualidad como algo independiente, disociado de la vida psíquica o mundo interno de cada persona: generalmente, detrás de un trastorno de la sexualidad existe un sufrimiento psíquico importante, corresponda o no éste a una entidad nosológica identificable en el DSM o en la CIE (recordad que no toda consulta que recibe el psicólogo clínico corresponde a un trastorno psicopatológico).

Podemos clasificar los trastornos de la sexualidad en tres grupos: trastornos de la identidad sexual, disfunciones sexuales y parafilias.

a) Trastornos de la identidad sexual

En los trastornos de la identidad sexual o de la identidad de género no coincide el sexo biológico con la identidad de género. Es importante saber diferenciar estos dos conceptos. El concepto de sexo se refiere a aspectos biológicos, hormonales y neuronales: la presencia de dos cromosomas X determina la pertenencia al sexo femenino, y un cromosoma Y, la pertenencia al sexo masculino. En cambio, el concepto de género tiene dimensiones psicológicas y sociológicas. A lo largo de la infancia y de la adolescencia, el individuo construye su identidad de género mediante su identificación con un grupo determinado de asignación sexual (hombre o mujer).

Observad que el DSM opta por la única categoría diagnóstica de "trastornos de la identidad sexual" sea cual sea la edad de inicio, mientras que la CIE diferencia entre transexualismo, transvestismo no fetichista y trastornos de identidad sexual de la infancia.

b) Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales se caracterizan por alteraciones en alguna de las cuatro fases de la respuesta sexual (fase de excitación, fase de meseta, fase orgásmica, fase de resolución).

Según la fase afectada, podemos diferenciar diferentes tipos de disfunciones sexuales:

- **Trastornos del deseo sexual**: que comprenden el deseo sexual hipoactivo y el trastorno por aversión al sexo.

- **Trastornos de la excitación sexual**: que comprenden el trastorno de la excitación sexual en la mujer y el trastorno de la erección en el hombre.

- **Trastornos orgásmicos**: aquí se encuentran el trastorno orgásmico femenino, el trastorno orgásmico masculino y la eyaculación precoz.

- **Trastornos sexuales por dolor**: a diferencia de los anteriores, pueden darse en cualquier momento de la respuesta sexual. Los más frecuentes son la dispareunia no orgánica y el vaginismo.

En cada uno de estos trastornos, debemos especificar si es...

- de toda la vida o adquirido, es decir, discernir si la disfunción ha estado siempre presente en la persona.

- general o situacional, es decir, discernir si la disfunción se da en cualquier situación y con cualquier pareja.

- debido a factores psicológicos o a factores combinados, es decir, discernir si además de los factores psicológicos, también hay factores orgánicos que provocan parcialmente la disfunción.

c) Parafilias

Las parafilias se caracterizan por fantasías o prácticas sexuales que incluyen objetos, padecimiento o humillación del compañero sexual, o niños o adultos que no consienten la relación, con el fin de conseguir la excitación o el orgasmo. Estos comportamientos en ocasiones son experimentados con sentimientos de vergüenza o anormalidad.

Diferentes tipos de parafilia son: exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, paidofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo travestista y voyeurismo (también llamado escopofilia).

7. Trastornos de la alimentación

Caso clínico

Antonia y Manuel acuden a consulta solicitando terapia de pareja. Cuando la sesión es con Antonia a solas, ésta nos comenta que, desde hace tiempo, cuando tiene ansiedad, come de manera compulsiva y eso cada vez se está volviendo más frecuente. De pequeña tuvo sobrepeso y lo pasó bastante mal en la escuela, sobre todo durante la adolescencia; más adelante consiguió un peso normal gracias a una dieta controlada por un médico y practicando deporte; además, se le detectó un problema de hipotiroidismo que al final de la adolescencia se corrigió. Actualmente (26 años) tiene un peso normal. El problema empezó hace dos años cuando tuvo a su primer y único hijo. Explica que el bebé nació con problemas y pasó un primer año muy difícil, siempre preocupada, ya que al niño lo operaron dos veces del corazón. Aquel año, Antonia se sintió desbordada y empezó a comer compulsivamente. Siempre ha sido una persona muy ansiosa y bastante introvertida. Cuando llegaba a casa y se encontraba sola (hacía turnos con el marido para estar en el hospital) comía todo lo que podía y después vomitaba. Después de estos episodios se sentía mal pero intentaba no pensar: "Tenía otros problemas más importantes". Desde hace un año, el niño está bien y se ha solucionado la cardiopatía. A lo largo de ese segundo año en el que su hijo se encuentra bien, los atracones han continuado cada vez que ha tenido un problema y sobre todo cuando el niño se pone enfermo (sin embargo, no ha vuelto a tener nada grave). Tiene mucho apoyo por parte de la familia, pero la relación con el marido actualmente no es buena, ya que el año "de hospitales" les afectó mucho como pareja. El marido no sabe nada de sus atracones. Antonia está angustiada por si vuelve a ganar peso, especialmente porque piensa que su marido la dejaría si "se pone gorda" y no soporta la idea de volver a estar como cuando era adolescente; sin embargo, no puede evitar varias veces a la semana comer compulsivamente con "todos los problemas que tengo". Come sobre todo dulces o repostería (dos cajas de donuts, un paquete de los grandes de galletas de chocolate, etc.) y después vomita y se siente "fatal", triste y avergonzada, llora un rato y se promete que no volverá a ocurrir. Hace seis meses que ha vuelto a su trabajo (como administrativa en una compañía de seguros) y afortunadamente su rendimiento laboral no se ha visto comprometido. Gracias al buen ambiente laboral que existe en su departamento, se ha animado con las compañeras y dos días a la semana, al mediodía, van a un gimnasio próximo al lugar de trabajo durante el rato de la comida. Esto le ha permitido rebajar su nivel de ansiedad y disfrutar más de los ratos de ocio con su hijo, pero los problemas de pareja y los atracones continúan igual y siente que ella sola no saldrá del problema, por eso propuso a su marido consultar a un psicólogo. El psicólogo le ha diagnosticado un trastorno de bulimia.
(Sáez, 2008)

Actividad

¿Qué sintomatología se observa en Antonia? Realizad el diagnóstico multiaxial. ¿Por qué no se trata de un trastorno por atracón?

Lecturas

Material de estudio: Capítulo 21, Trastornos de la conducta alimentaria de Vallejo Ruiloba.

Apartados fundamentales de estudio: Trastornos por disminución de la ingesta, Trastornos por exceso de ingesta, Trastorno por atracón y Trastornos cualitativos.

Apartados complementarios: Introducción, Clasificación y todos los subapartados que abordan el tratamiento.

Últimamente, estamos observando un fuerte aumento en la prevalencia de estos tipos de trastornos en el mundo occidental: se extiende a todas las condiciones sociales y aumenta su incidencia en el sexo masculino, aunque continúan siendo trastornos que afectan mayoritariamente a las mujeres.

La influencia de los factores socioculturales es indiscutible. Si bien en el estado actual de conocimientos no podemos afirmar tajantemente que estos factores actúen como agentes causales, sin duda la sobrevaloración de estar delgado en nuestra sociedad y la constante presión publicitaria son elementos precipitantes, especialmente en el caso de la anorexia mental.

Reflexión

No deja de ser paradójico que, por una parte, haya aumentado la obesidad en el mundo occidental, y que, por otra, la misma sociedad se muestre más crítica y exigente en alcanzar las medidas de unos estereotipos dictados por la moda que son incompatibles con la talla de gran parte de la población. Sin embargo, la "cultura del cuerpo" moviliza importantes intereses económicos, lo que implica una presión constante para seguir sus dictados.

En cualquier caso, los factores socioculturales actuarían como factores precipitantes, ya que detrás de la anorexia o de la bulimia mental es evidente que se encuentran factores psicológicos.

Una característica esencial de estos trastornos de la alimentación es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal: tanto en la anorexia como en la bulimia, la persona se ve más gorda de lo que objetivamente está. De ahí que muchos autores consideren que, aparte de tener alterados los patrones alimentarios, realmente lo que subyace es un trastorno de la imagen corporal.

En el capítulo 21 tenéis descritos los principales trastornos de la alimentación. Debemos señalar que en otras patologías mentales pueden aparecer alteraciones en la alimentación, pero estas disfunciones en la ingesta de alimentos son secundarias a la sintomatología de base (por ejemplo, no se come porque no vale la pena continuar viviendo, porque los alimentos están envenenados por la CIA, etc.).

El autor del capítulo agrupa los trastornos de la alimentación en cuatro grandes grupos, tal como encontraréis en la tabla 11.

Tabla 11. Trastornos de la alimentación

Trastornos por disminución de la ingesta	• Rechazo alimentario • Anorexia nerviosa
Trastornos por exceso de ingesta	• Potomanía • Bulimia nerviosa
Trastorno por atracón	• Trastorno por atracón
Otros trastornos	• Obesidad • Pica o alotriofagia • Mericismo o rumiación

Los trastornos principales de este grupo son la **anorexia nerviosa** y la **bulimia nerviosa**, dos patologías donde más claramente se pone de relieve la necesidad de formular modelos etiopatogénicos que tengan en cuenta la multifactorialidad.

Cuando se expone la etiopatogenia de estos dos trastornos, se diferencia entre factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes. Vamos a aclarar estos términos.

- Los **factores predisponentes** son aquellos que aumentarían la probabilidad de que apareciera un trastorno. Por ejemplo, determinadas características genéticas.

- Los **factores precipitantes** son aquellos que, en un individuo predispuesto, provocan la presencia del trastorno. Por ejemplo, una situación de estrés extremo (factor precipitante) en una persona vulnerable emocionalmente (factor predisponente) puede desembocar en un trastorno psicótico breve.

Y los factores perpetuantes impiden o dificultan la remisión del trastorno. Por ejemplo, mantener a una persona bajo una situación de presión continua.

Tabla 12. Diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
Inicio precoz	Inicio más tardío
Dieta restrictiva; conductas bulímicas: menos 50%	Dieta variable o restrictiva; grandes ingestas
Bajo peso	Peso con pocas variaciones
Baja impulsividad	Impulsividad
Pocos antecedentes de obesidad previa	Más antecedentes de obesidad previa
Control de peso: restricción alimentaria	Control de peso: restricción, vómitos, laxantes y diuréticos
Hiperactividad	Hipoactividad
Amenorrea	Amenorrea: 50%
Pocas conductas autolíticas directas	Más frecuentes las conductas autolíticas
Poca psicopatología asociada	Más psicopatología asociada
Complicaciones médicas crónicas	Complicaciones médicas agudas

Actividad

En la tabla 12 se apuntan algunas de las diferencias entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; completad vosotros la tabla con más diferencias con respecto a clínica y epidemiología entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa con los datos que aporta el material de estudio para que podáis conceptualizar mejor los dos trastornos.

Bibliografía

Bibliografía general

Vallejo Ruiloba, J. (Ed). (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. (6.ª edición). Barcelona: Elsevier Masson.

Bibliografía complementaria

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada*. Madrid: McGraw-Hill.

Caballo, V., Buela, G., y Carrobles, J. (Ed.). (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.

Guimón, J. (2002). *Salud mental relacional*. Madrid: Core Academic.

Jarne, A. y Talarn, A. (Ed.). (2000). *Manual de Psicopatología clínica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer / Paidós.

Lemos, S. (Ed.). (2000). *Psicopatología general*. Madrid: Síntesis.

Lecturas obligatorias del apartado 1

Capítulos 30, Esquizofrenia y 31, Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas de Vallejo Ruiloba.

Lecturas complementarias del apartado 1

Capítulos 20, Conducta suicida y 33, Trastornos bipolares y esquizoafectivos (apartado B, Trastornos esquizoafectivos) de Vallejo Ruiloba.

Lecturas obligatorias del apartado 2

Capítulos 32, Trastornos depresivos y 33, Trastornos bipolares y esquizoafectivos de Vallejo Ruiloba.

Lecturas obligatorias del apartado 3

Capítulo 25, Trastornos de angustia, 26, Fobias, 28, Trastornos obsesivos de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatoria del apartado 4

Capítulo 27, Histeria de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatoria del apartado 5

Capítulo 34, Trastornos de la personalidad de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatoria del apartado 6

Capítulo 19, Conducta y patología sexual de Vallejo Ruiloba.

Lectura obligatoria del apartado 7

Capítulo 21, Trastornos de la conducta alimentaria de Vallejo Ruiloba.